



Ultra Care

ASSICURAZIONE SANITARIA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE ULTRA CARE

**Mod. MAL50105
Ed. 09/2022**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 042 042
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA



All'indirizzo 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

Ultra Care è la soluzione assicurativa per le piccole imprese che Italiana Assicurazioni ha realizzato per consentir loro di tutelare una delle principali ricchezze delle aziende: i dipendenti.

Essi rappresentano, infatti, una delle principali risorse su cui investire per avere successo e molte aziende hanno quindi adottato politiche di welfare aziendale per dimostrare quanto tengano a loro e al loro benessere.

Il prodotto **Ultra Care** si colloca all'interno di tali iniziative di valorizzazione dei dipendenti, poichè consente di proteggere la loro salute, con possibilità di estendere la copertura anche ai rispettivi nuclei famigliari.

Il lavoratore e la sua famiglia potranno così contare su importanti sostegni economici, che interverranno in diverse situazioni in cui sarà necessario ricorrere a prestazioni sanitarie.

Ultra Care è stato costruito partendo dall'assunto che la sanità pubblica italiana sia complessivamente di buon livello, ma vi siano alcuni ambiti maggiormente carenti o nei quali potrebbe comunque risultare necessario integrare le prestazioni. È il caso, ad esempio, di visite specialistiche e accertamenti diagnostici, le cui liste di attesa risultano talvolta eccessivamente lunghe. Discorso analogo per la perdita di autosufficienza, a fronte della quale le spese per l'assistenza diventano estremamente onerose e le coperture pubbliche non risultano sufficienti ad integrare anche il mancato reddito. Per integrare le prestazioni offerte dal S.S.N sono state inoltre previste una garanzia che assicura il rimborso delle spese sanitarie in caso di Gravi Patologie e una garanzia indennitaria che prevede un sussidio giornaliero in caso di ricovero. Partendo da queste considerazioni è stato costruito Ultra Care, che consente, quindi, di far fronte a questi eventi, grazie alle sue 7 garanzie:

- **Rimborso spese pre e post ricovero**, che consente di ottenere il rimborso delle spese per visite e accertamenti effettuati nei giorni precedenti e successivi al ricovero, con o senza intervento chirurgico.
- **Diaria da ricovero completa**, per ricevere un indennizzo giornaliero in caso di ricovero in struttura ospedaliera, utile per compensare il mancato reddito dei giorni di inattività o per coprire eventuali spese insorgenti.
- **Gravi patologie**, che rimborsa le spese sostenute per le malattie più gravi, per i quali potrebbe essere necessario ricorrere a strutture d'eccellenza, anche private.
- **Alta diagnostica**, per effettuare accertamenti di alta specializzazione resi necessari da infortunio o malattia.
- **Diagnostica completa**, che estende la garanzia precedente a tutte le tipologie di accertamenti.
- **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici**, per ottenere il rimborso delle spese sostenute per consulti specialistici e accertamenti diagnostici, sempre in seguito ad infortunio o malattia.
- **Non autosufficienza**, per poter contare su una rendita per tre anni, in caso di perdita dell'autosufficienza.
















La polizza prevede tre formule con limiti di indennizzo/somme assicurate crescenti al cui interno è possibile scegliere le garanzie da attivare (solo la garanzia Non Autosufficienza è sempre operante). Il datore di lavoro può scegliere all'atto della sottoscrizione quali formule e quali garanzie attivare, in base al tipo di protezione che vuole offrire ai dipendenti ed eventualmente al loro nucleo familiare.



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	8
 3 RECESSO	9
 4 INFORMAZIONI SUL <i>PREMIO</i>	9
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	10
 6 ALTRE INFORMAZIONI	10
SEZIONE MALATTIE	11
 7 CHE COSA È ASSICURATO - RIMBORSO SPESE MEDICHE	11
 8 CHE COSA È ASSICURATO - <i>GRAVI PATOLOGIE</i>	14
 9 CHE COSA È ASSICURATO - <i>NON AUTOSUFFICIENZA</i>	17
 10 CHE COSA NON È ASSICURATO	17
 11 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i> - RIMBORSO SPESE MEDICHE / <i>GRAVI PATOLOGIE</i>	19
 12 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i> - <i>NON AUTOSUFFICIENZA</i>	24
SEZIONE INDENNITARIE	26
 13 CHE COSA È ASSICURATO	26
 14 CHE COSA NON È ASSICURATO	26
 15 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	28
APPENDICE 1 - <i>FORMULE</i>	29
APPENDICE 2 - ELENCO DELLE <i>GRAVI PATOLOGIE</i>	32

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*.



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 e le somme assicurate.



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.



DISDETTA E 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*.

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.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia*, a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

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

CARD SALUTE

La Card Salute è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, valida per tutta la durata contrattuale.

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.).

CONTRAENTE

Il soggetto 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 e documentata da cartella clinica.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

FORMULA

Insieme di garanzie e di prestazioni acquistabili dal *Contraente* e indicate nell'Appendice 1 operanti fino alla concorrenza di *massimali/sottomassimali* e limiti di *indennizzo* precostituiti.

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

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'Appendice 2.

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 seguita da immobilizzazione e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

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

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

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE

Somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, la *Società* presta la garanzia.

NON AUTOSUFFICIENZA

È considerata non autosufficiente la persona che:

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

NUCLEO FAMILIARE

Per nucleo familiare si intende quello composto da:

- coniuge
- convivente more uxorio
- figli fiscalmente a carico

come risultanti dal certificato anagrafico Stato di famiglia.

In caso di separazione/divorzio, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato di Stato di famiglia.

Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare.

Si intendono inclusi in copertura senza alcun limite di età i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA

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

PREMIO

Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

RESIDENZA

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

RICOVERO

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

SCHEDE DI POLIZZA

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

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'*indennizzo*.

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni SpA.

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.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* può fruire di tariffe agevolate per le prestazioni sanitarie coperte dalla *polizza*.

Prima di effettuare le prestazioni l'*Assicurato* deve consultare l'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati nel sito internet www.italiana.it.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

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

VISITA SPECIALISTICA

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

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

1.2 ONERI FISCALI - TRASFERIMENTO SEDE ALL'ESTERO

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

Nel caso in cui l'Azienda presso cui l'*Assicurato* è dipendente trasferisca la propria sede legale o stabilimento in qualunque altro Stato è obbligato a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. In tal caso l'*assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale senza obbligo di comunicazione fra le parti..

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

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

1.4 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.

2. DURATA DELLA COPERTURA



L'*assicurazione* ha durata annuale e termina alla data indicata nella *scheda di polizza*.

La copertura 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. 10.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del *premio*.

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.

2.1 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Nel caso in cui la presente *polizza* sia emessa in sostituzione di altra *polizza* del medesimo prodotto, senza soluzione di continuità, la *Società* riconoscerà la garanzia assicurativa per le conseguenze, ricadute o recidive di *infortuni* occorsi prima dell'effetto della presente *polizza* e di *malattie* diagnosticate e/o che abbiano reso necessari cure mediche o esami clinici prima dell'effetto dell'*assicurazione* della presente *polizza*, ma rientranti in garanzia secondo la disciplina della *polizza* sostituita.



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.

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* una lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) 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* annuale per ciascun *Assicurato* o per ciascun *nucleo familiare*, qualora la copertura sia estesa ai *nuclei familiari*, dipende dalla *Formula* prescelta e dalla combinazione di garanzie e resta costante per tutta la durata del contratto di *assicurazione*.

Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del *nucleo familiare*, ferma la non operatività della copertura nei confronti dei componenti del nucleo che risultino non assicurabili ai sensi degli artt. 10.1 e 14.1 del presente contratto.

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.

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della *polizza* il *premio* o la prima rata di *premio* dev' essere pagato entro tale data.



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:

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

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati 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 dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, il più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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 dell'*infortunio* o della *malattia*.

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 regolato dalla presente *polizza*, valgono le norme di legge.

SEZIONE MALATTIE

7. CHE COSA È ASSICURATO - RIMBORSO SPESE MEDICHE



La Società presta le garanzie e le prestazioni sotto riportate solo se presenti nella *Formula* prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalle allegate *Formule*.

7.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST *RICOVERO*

A. OGGETTO

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, per le prestazioni di seguito elencate, con le modalità previste alla lettera B del presente articolo:

- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, con esclusione delle spese alberghiere; purchè le prestazioni suindicate siano inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*.

In caso di *ricovero* in regime di S.S.N., reso necessario da *infortunio* o *malattia*, la Società rimborsa, con le modalità previste alla lettera B del presente articolo, le spese sostenute dall'Assicurato per usufruire del maggior comfort alberghiero, ovvero della degenza che comporti l'utilizzo della camera in regime solventi.

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, la Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne se non rientranti in altra garanzie acquistate..

Si specifica che restano escluse le spese sostenute durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

B. OPERATIVITÀ

1. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, di cui alla lettera A del presente articolo, sono rimborsate:

- integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- integralmente se effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale;
- con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per *sinistro*, se effettuate in *strutture sanitarie non convenzionate* o in *strutture sanitarie convenzionate* in mancanza di presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

2. MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nella *Formula* prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare* e con le modalità ivi previste.



Esempio di applicazione di *scoperto* in caso di prestazioni sanitarie effettuate nei 100 giorni precedenti ed entro i 120 giorni successivi al *ricovero*.

- Importo delle prestazioni sanitarie precedenti e successive al *ricovero*: € 4.000
- Rimborso in caso di utilizzo di una **struttura sanitaria convenzionata**: € 4.000, in quanto il rimborso è integrale in caso di utilizzo di una **struttura sanitaria convenzionata**
- Rimborso in caso di utilizzo di una **struttura sanitaria non convenzionata**: € 2.800, in quanto opera uno **scoperto del 30% pari a € 1.200 sull'importo totale della fattura di € 4.000**

7.2 ALTA DIAGNOSTICA

A. OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, la *Società* rimborsa, con i limiti e le modalità previste alla lettera B del presente articolo, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

- Angiografia;
- RMN (risonanza magnetica nucleare);
- Scintigrafia per patologie cardiovascolari ed oncologiche;
- TAC (Tomografia assiale computerizzata).

B. OPERATIVITÀ

1. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni *accertamento diagnostico* di cui sopra, la garanzia opera:

- con l'applicazione di una *franchigia* di € 50 se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50 per *sinistro*, se effettuato in *strutture sanitarie* non convenzionate o in *strutture sanitarie convenzionate* in mancanza di presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

2. MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nella *Formula* prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare* e con le modalità ivi previste.



Esempio di applicazione di *scoperto/franchigia*:

- Importo per accertamento di alta diagnostica: € 300
- Rimborso in caso di utilizzo di una **struttura convenzionata**: € 250, ottenuto sottraendo € 50, cioè la **franchigia prevista, all'importo della fattura di € 300**
- Rimborso in caso di utilizzo di una **struttura non convenzionata**: € 210, ottenuto sottraendo € 90, cioè lo **scoperto previsto, all'importo della fattura di € 300**.

7.3 DIAGNOSTICA COMPLETA

A. OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, la *Società* rimborsa, con i limiti e le modalità previste alla lettera B del presente articolo, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante.

B. OPERATIVITÀ

1. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni accertamento di alta diagnostica tra quelli elencati all'art. 7.2 A, la garanzia opera:

- con l'applicazione di una *franchigia* di € 50 se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50 per *sinistro*, se effettuato in *strutture sanitarie non convenzionate* o in *strutture sanitarie convenzionate* in mancanza di presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

Per ogni *accertamento diagnostico* diverso da quelli elencati all'art. 7.2 A, la garanzia opera:

- con l'applicazione di una *franchigia* di € 35 se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per *sinistro*, se effettuato in *strutture sanitarie non convenzionate* o in *strutture sanitarie convenzionate* in mancanza di presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

2. MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nella *Formula* prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare* e con le modalità ivi previste.

7.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

A. OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* la *Società* rimborsa, con i limiti e le modalità previste alla lettera B del presente articolo, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per *accertamenti diagnostici* e *visite specialistiche* resi necessari da *malattia* o *infortunio*.

B. OPERATIVITÀ

1. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni accertamento di alta diagnostica tra quello elencati all'art. 7.2 A, la garanzia opera:

- con l'applicazione di una *franchigia* di € 50 se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50 per *sinistro*, se effettuato in *strutture sanitarie non convenzionate* o in *strutture sanitarie convenzionate* in mancanza di presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

Per ogni *visita specialistica* o *accertamento diagnostico* diverso da quelli elencati all'art. 7.2 A, la garanzia opera:

- con l'applicazione di una *franchigia* di € 35 se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per *sinistro*, se effettuato in *strutture sanitarie non convenzionate* o in *strutture sanitarie convenzionate* in mancanza di presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integral-

mente i costi a carico dell'Assicurato.

2. MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nella *Formula* prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare* e con le modalità ivi previste.



8. CHE COSA È ASSICURATO - GRAVI PATOLOGIE

La *Società* paga le spese di seguito elencate sostenute dall'Assicurato rese necessarie da *grave patologia* con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella di cui all'Appendice 2.

8.1 OGGETTO

A. SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* indennizzabile a termini di *polizza*, la *Società* paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 8.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) assistenza medica ed infermieristica, cure (con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona), *trattamenti di fisioterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;
- 2) rette di degenza;
- 3) *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, la *Società* paga le spese per il loro acquisto con il massimo di euro 5.000 per *sinistro*.

Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio* purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico;

- 4) cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di euro 5.500 per le protesi;
- 5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, con il massimo di euro 2.000 per persona e per anno assicurativo;
- 6) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di euro 2.500 per *sinistro*.

In caso di *ricovero* dovuto a ictus cerebrale o a paralisi, che non comporti *intervento chirurgico*, la *Società* riconosce le prestazioni assicurate per un massimo di 60 giorni di *ricovero* per anno assicurativo.

B SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

La *Società* paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* resi necessari da *grave patologia*, con le modalità previste all'art. 8.2 OPERATIVITÀ:

- 1) *visite specialistiche*;
- 2) *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- 3) *trattamenti di fisioterapia*;
- 4) trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo;
- 5) cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, con esclusione delle spese alberghiere.

C RICOVERO ALL'ESTERO

In caso di *ricovero* all'estero reso necessario da *grave patologia*, la *Società* paga, con il massimo di euro 2.500 per *sinistro*, le spese sostenute dall'accompagnatore dell'*Assicurato* per il viaggio in treno o in aereo di linea e, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, quelle per il vitto ed il pernottamento in struttura alberghiera.

D TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

La *Società* paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'*Assicurato*. Se l'*Assicurato* è ricevente la *Società* paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

E INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, la *Società* corrisponde euro 150 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.

Si specifica che la presente garanzia non opera in caso di intervento ambulatoriale.

In caso di dialisi, anche in assenza di *ricovero*, la *Società* corrisponde euro 150 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

Qualora il *ricovero* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'*Assicurato* può scegliere tra l'indennità di cui sopra e il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

F TERAPIE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, la *Società* paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la *non autosufficienza*, la *Società* paga, con il massimo di euro 11.000 per *sinistro*, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *strutture sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute;
- o, in alternativa, a scelta dell'*Assicurato*:
- *assistenza infermieristica* professionale a domicilio.

H CURA PER A.I.D.S.

Fermo restando che l'*assicurazione* non è operante per la sieropositività da virus H.I.V. e che per le persone affette da A.I.D.S. l'*assicurazione* cessa automaticamente, qualora l'*Assicurato*, non sieropositivo alla data di effetto dell'*assicurazione*, contragga A.I.D.S. e questa risulti, da documentazione ospedaliera, in fase conclamata, la *Società* mette a disposizione dell'*Assicurato* una somma di euro 5.500.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi.

I MEDICINA PREVENTIVA

La *Società* paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:

- a) per i neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
- b) per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;
- c) per i maggiori di 18 anni di età:
 - esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES);
 - PSA sopra i 50 anni;
 - ecografia prostatica;
 - pap test sopra i 25 anni;

- mammografia;
- elettrocardiogramma di base;
- pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
- visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

In alternativa agli *accertamenti diagnostici* previsti per i maggiori di 18 anni di età la *Società* paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica e controllo nevi;
- visita cardiologica;
- visita oculistica;
- visita ginecologica;
- visita urologica.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.

Ciascun *Assicurato* può effettuare le prestazioni suindicate al massimo una volta ogni due anni.

8.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, la *Società* paga direttamente le prestazioni erogate all'*Assicurato*.

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati* con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo* con *Blue Assistance*, la *Società* rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 100 e superiore a euro 5.000 per *sinistro*.

È inoltre previsto un limite di *indennizzo* al giorno per la retta di degenza di euro 400 (IVA INCLUSA).

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, la *Società*:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata, con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 100 e superiore a euro 5.000 per *sinistro*.

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui all'art. 8.1 B, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie e/o medici non convenzionati* si applica uno *scoperto* del 30%.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nella *Formula* prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare* e con le modalità ivi previste.

9. CHE COSA È ASSICURATO - NON AUTOSUFFICIENZA



A. OGGETTO

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

Fermo quanto previsto all'art. 10.1 ESCLUSIONI, sono esclusi dalla garanzia coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in *assicurazione*.

È considerata non autosufficiente la persona che:

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

B. OPERATIVITÀ

In caso di perdita dell'autosufficienza, riconosciuta secondo le modalità sopra descritte, la *Società* assicura la rendita mensile indicata nella *Formula* prescelta, per una durata massima di 3 anni, mediante una polizza Vita rivalutata. L'effetto della polizza vita è quello della data di formalizzazione da parte della *Società* del riconoscimento dello stato di *non autosufficienza* e la corresponsione della rendita inizia trascorsi 90 giorni da tale data, sempreché l'*Assicurato* risulti in vita.

10. CHE COSA NON È ASSICURATO



10.1 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, al netto dell'imposta, verrà restituito dalla *Società*.

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

La *Società* non presta le garanzie previste dalla presente Sezione per:

- A *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- B *infortuni* derivanti da guida di veicoli in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni;
- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;

D conseguenze di:

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

E *malformazioni o difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;

F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;

G prestazioni aventi finalità estetiche dimagranti e fitoterapiche e relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico);

H check-up di medicina preventiva salvo quanto previsto all' art. 8.1 I;

I *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);

J paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche salvo quanto previsto all' art. 8.1 A;

K *ricoveri* per parto (naturale o cesareo) e puerperio;

L aborto volontario non terapeutico;

M infertilità, sterilità, impotenza;

N sieropositività da virus H.I.V.;

O conseguenze di:

- 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;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;

P *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto *non più autosufficiente*, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza derivanti direttamente o indirettamente da:

Q danni alla propria persona procurati dall'*Assicurato* stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;

R abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

S problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica (schizofrenia, depressione ecc.);

T *infortuni* conseguenti a guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'*Assicurato* non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

Sono inoltre escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici salvo quanto previsto dall'art. 8.1 lettera I.

10.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

A. RIMBORSO SPESE MEDICHE e GRAVI PATOLOGIE

Fermo quanto previsto all'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 10.1, la garanzia decorre dalle ore 24:

A del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;

B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* della gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*);

C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di ricovero, intervento chirurgico o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

Qualora la polizza sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza in essere con la Società, relativamente agli stessi Assicurati i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente polizza.

B. NON AUTOSUFFICIENZA

Fermo quanto disposto all'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 10.1, la garanzia opera per i casi di non autosufficienza che si verificano dopo i periodi sotto indicati:

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

11. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - RIMBORSO SPESE MEDICHE / GRAVI PATOLOGIE



Blue Assistance

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

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 99

11.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 10.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - 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.

11.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

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

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

11.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

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

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

Si specifica che le spese per i certificati medici e di ogni altra documentazione richiesta restano a carico dell'Assicurato.

11.4 PROCEDURA IN CASO DI SINISTRO - RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie convenzionate* l'Assicurato deve presentare la propria *Card Salute* al momento dell'accettazione e verificare che in fattura sia riportata la dicitura che conferma l'applicazione della tariffa convenzionata.

Sia in caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie convenzionate*, sia in caso di utilizzo di *strutture sanitarie non convenzionate*, o in caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie convenzionate* senza presentazione della propria *Card Salute*, l'Assicurato deve:

a) accedere alla propria area riservata, utilizzando le credenziali in suo possesso (e-mail e password), dal sito <https://www.italiana.it> o dall'APP Italiana Mobile per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica e di spesa. 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.

Oppure, in alternativa,

b) dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica e di spesa.

Nel caso in cui vengano consegnate le fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, in originale vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

- In entrambi i casi, si precisa che: l'Assicurato deve fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico senza ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

11.5 PROCEDURA IN CASO DI SINISTRO – GRAVI PATOLOGIE

Qualora l'Assicurato, nei casi sotto indicati, provveda personalmente al pagamento delle spese, *Blue Assistance* - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle stesse entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

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

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie e di medici chirurghi convenzionati* è condizionata ad una delle seguenti modalità:

- a. Accedere all'APP Italiana Mobile, scegliere la polizza per la quale si vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua polizza.
- oppure
- b. Contattare telefonicamente *Blue Assistance* almeno 3 giorni prima della data del *ricovero* e ottenere l'autorizzazione al pagamento diretto.

In mancanza di una delle modalità sopra descritte le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.italiana.it. Poiché la rete delle *strutture sanitarie* è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 042042 e ne ottenga conferma.

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle *strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati*, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici e provvede a raccogliere la relativa documentazione (fatto salvo quanto previsto alla lettera G del presente articolo per i *ricoveri/interventi chirurgici* in territorio extra europeo) e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

Al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* deve presentare la propria *Card Salute* e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del *sinistro*.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati direttamente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;
- le spese sostenute per i *ricoveri* sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da *Blue Assistance*.
- nel caso in cui il *Contraente* non paghi le rate di *premio* successive entro la scadenza della *polizza*, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), *Blue Assistance*, in tale periodo non potrà prendere in carico il *sinistro* in forma diretta.

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'*Assicurato* che utilizzi:

- a) *strutture sanitarie* e medici non convenzionati, oppure
- b) *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, deve:
- 1) dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it>, o dall'app Italiana Mobile allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
 - 2) fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
 - 3) provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).

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

C UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria* convenzionata, *Blue Assistance* paga direttamente la *struttura sanitaria* (fermo quanto previsto per la stessa alla lettera A del presente articolo), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.

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

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui all'art. 8.1, non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'Assicurato con le regole e i limiti previsti dalla *Formula* scelta, indipendentemente dal convenzionamento della *struttura sanitaria* e dei medici chirurghi.

E UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato all'art. 8.1 E).

F UTILIZZO DI FONDI O MUTUE PRIVATE

In caso di ricorso a fondi o mutue private, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato.

G RICOVERO ALL'ESTERO

1. Ricovero o intervento chirurgico programmato

Per *ricovero* o *intervento chirurgico* programmato s'intende l'utilizzo di *strutture sanitarie* estere allo scopo di effettuare un *ricovero* o un *intervento chirurgico*. La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* o di fiducia all'estero e di usufruire del pagamento diretto di *Blue Assistance* è condizionata alla preventiva telefonata da parte dell'Assicurato a *Blue Assistance* almeno 5 giorni lavorativi prima della data del *ricovero* o dell'*intervento chirurgico* affinché verifichi l'effettiva esistenza dell'accordo con la *struttura sanitaria* ed in base ad esso si stabilisca la modalità di liquidazione che verrà attivata:

- nel caso di *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance* il pagamento diretto avverrà integralmente, senza applicazione di *scoperti* e *franchigie*, salvo eventuali *franchigie* e *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla *scheda di polizza*;
- nel caso di *strutture sanitarie* di fiducia di *Blue Assistance*, il pagamento diretto avverrà con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 100 né superiore a euro 5.000 per *sinistro*.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla *struttura sanitaria*;
- le spese sostenute per i *ricoveri* sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da *Blue Assistance*.
- nel caso in cui il *Contraente* non paghi le rate di *premio* successive entro la scadenza della *polizza*, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), *Blue Assistance*, in tale periodo non potrà prendere in carico il *sinistro* in forma diretta.

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle *strutture sanitarie* e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura

e dei medici più idonei per ogni necessità;

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici. L'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.

In mancanza del preventivo accordo con *Blue Assistance* o in caso di mancata autorizzazione del pagamento diretto, il rimborso avverrà con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 100 né superiore a euro 5.000 per *sinistro*.

In tal caso l'*Assicurato* deve:

- provvedere direttamente al pagamento delle spese;
- dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> o dall'app Italiana Mobile, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico senza ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, o, su richiesta da parte di *Blue Assistance*, documentazione equipollente a carico dell'*Assicurato* che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

2. Ricovero per malattia improvvisa o infortunio

Per i *ricoveri* all'estero resi necessari da *malattia* improvvisa o da *infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'*Assicurato* dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di *scoperti* e *franchigie*.

Per *malattia* improvvisa si intende una *malattia* di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'*Assicurato*.

L'*Assicurato* deve:

- provvedere direttamente al pagamento delle spese;
- dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> o dall'app Italiana Mobile, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico senza ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;

- presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, o, su richiesta da parte di *Blue Assistance*, documentazione equipollente a carico dell'*Assicurato* che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

12. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - NON AUTOSUFFICIENZA



12.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* o chi lo rappresenta deve:

- fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di *non autosufficienza* dell'*Assicurato*, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico preciso comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive come il test M.M.S. di Folstein.
- produrre, se richiesta dalla *Società*, tutta 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;
- sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Società*;
- fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla *Società*;
- fornire certificato di esistenza in vita dell'*Assicurato*;

Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo è necessario che lo stato di *non autosufficienza* sia comprovato da un medico specialista adeguatamente qualificato (ad esempio: neurologo e/o geriatra).

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.

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

12.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La *Società* provvede a formalizzare per iscritto all'*Assicurato*, o a chi lo rappresenta, il riconoscimento dello stato di *non autosufficienza* entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

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

12.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Dopo il riconoscimento da parte della *Società* dello stato di *non autosufficienza*, come indicato all'art. 12.2, l'*Assicurato* matura il diritto a percepire la rendita.

Il pagamento della rendita inizia trascorsi 90 giorni dalla data di formalizzazione dello stato di *non autosufficienza*, di cui all'art. 12.2 ed è corrisposto per 3 anni.

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

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

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

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

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

SEZIONE INDENNITARIE

La Società presta le garanzie e le prestazioni sotto riportate solo se presenti nella *Formula* prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalle allegate *Formule*



13. CHE COSA È ASSICURATO

DIARIA DA RICOVERO COMPLETA

La Società corrisponde la diaria indicata nella *scheda di polizza* in caso di *ricovero* reso necessario da *infortunio*, *malattia*, donazione organi, per un massimo di 20 giorni per *sinistro* e per persona e 90 giorni per anno assicurativo e per *nucleo familiare*. Per la dialisi il massimo è di 30 applicazioni per anno assicurativo e per *nucleo familiare*.

14. CHE COSA NON È ASSICURATO



14.1 ESCLUSIONI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate. L'*assicurazione* cessa con il loro manifestarsi.

Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del *premio* dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il *premio* medesimo verrà restituito dalla Società.

La Società non presta le garanzie previste in *polizza* per:

A. conseguenze di:

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

B. *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere e dalla partecipazione a gare e/o prove motoristiche, compresi i liberi accessi a circuiti;

C. *infortuni* derivanti da stato di ubriachezza accertata, ovvero quando l'alcolemia accertata risulti pari o superiore a 1 grammo per litro; *ricoveri* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;

D. stati patologici preesistenti di cui alla lettera A;

E. *malformazioni* o *difetti fisici*;

F. conseguenze di:

- 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 ed insurrezioni;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano;

G. patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;

H. patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze; prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio*), prestazioni aventi finalità dimagranti e fitoterapiche;

I. check-up di medicina preventiva;

J. *interventi chirurgici* per la correzione di ametropie e di presbiopia;

K. paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;

L. aborto volontario non terapeutico;

M. infertilità, sterilità, impotenza;

N. sieropositività da virus H.I.V.

14.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

La garanzia decorre dalle ore 24:

a) del giorno di effetto del contratto per gli *infortuni* e l'aborto post-traumatico;

b) del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che non si dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*);

c) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le altre *malattie*.

Qualora la polizza sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza in essere con la Società, relativamente agli stessi Assicurati i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente polizza.

In caso di *ricovero* verificatosi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo*, anche se il *ricovero* o l'*inabilità* siano proseguiti oltre.



15. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* o dai suoi incaricati;
- fornire 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 o curato.

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

15.2 DENUNCIA DEL SINISTRO

Entro 10 giorni dalla data del *sinistro* l'Assicurato deve darne avviso scritto a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it>. o dall'app Italiana Mobile, allegando alla denuncia di *sinistro* la certificazione medica sulla natura della patologia o delle lesioni e relativa prognosi. Se la denuncia si riferisce ad un *infortunio*, la stessa deve contenere la descrizione dell'evento, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato; essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato.

In caso di *ricovero* deve fornire copia della *cartella clinica* completa.

La denuncia di *sinistro* e relativa documentazione deve essere trasmessa a Blue Assistance che ha sede a Torino (c.a.p. 10122) in Via Santa Maria n° 11 e risponde ai numeri telefonici:

- DALL'ITALIA 800-042042
- DALL'ESTERO 011 742 55 99

15.3 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'Art. 14.2 per "data del *sinistro*" si intende la data in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;

15.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Blue Assistance ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'*indennizzo* dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

APPENDICE 1 - FORMULE

FORMULA A - SMART

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente *Formula per Assicurato/nucleo familiare* se non riportato diversamente.

7	RIMBORSO SPESE MEDICHE	Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Regole di indennizzo (Franchigie, Scoperti Limiti temporali)
7.1	Rimborso spese pre e post ricovero	<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 5.000 per Assicurato/nucleo familiare	100 giorni pre e 120 giorni post ricovero; <ul style="list-style-type: none"> - network: rimborso integrale delle spese - extranetwork: scoperto 30%, minimo € 35 - SSN: Rimborso integrale tickets per prestazioni pre e post ricovero. Rimborso maggior comfort alberghiero in caso di ricovero.
7.2	Alta Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 1.000 per Assicurato/nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - network: franchigia € 50 - extranetwork: scoperto 30%, minimo € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets
8	GRAVI PATOLOGIE			
		<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 50.000 per Assicurato / nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - network: rimborso integrale delle spese - extranetwork: Scoperto 30% con minimo €100 e massimo 5.000€ - SSN: Indennità sostitutiva del rimborso € 50 al giorno
9	NON AUTOSUFFICIENZA			
	<p>Rendita per tre anni di importo mensile in funzione della combinazione delle garanzie scelte e dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: NON AUTOSUFFICIENZA + DIARIA DA RICOVERO COMPLETA (valida anche in caso di acquisto della sola garanzia NON AUTOSUFFICIENZA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 500 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 350 per Assicurato <p>NON AUTOSUFFICIENZA + GRAVI PATOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 1.000 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 700 per Assicurato <p>ALTRE COMBINAZIONI DI GARANZIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 3.000 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 2.100 per Assicurato 			
12	DIARIA DA RICOVERO COMPLETA			
			€ 50	20 giorni per sinistro e per persona e 90 giorni per anno e nucleo familiare

FORMULA B - PREMIUM

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente *Formula per Assicurato/nucleo familiare* se non riportato diversamente.

7	RIMBORSO SPESE MEDICHE	Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Regole di indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
7.1	Rimborso spese pre e post ricovero	<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 5.000 per Assicurato/ nucleo familiare	100 giorni pre e 120 giorni post ricovero; <ul style="list-style-type: none"> - network: rimborso integrale delle spese - extranetwork: scoperto 30%, minimo € 35 - SSN: Rimborso integrale tickets per prestazioni pre e post ricovero. Rimborso maggior comfort alberghiero in caso di ricovero.
7.3	Diagnostica completa	<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 2000 per Assicurato/ nucleo familiare	Per accertamenti di Alta Diagnostica: <ul style="list-style-type: none"> - Network: franchigia € 50 - Extranetwork: scoperto 30%, minimo € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets Per accertamenti diversi da Alta Diagnostica: <ul style="list-style-type: none"> - Network: franchigia € 35 - Extranetwork: scoperto 30%, minimo € 35 - SSN: Rimborso integrale tickets
8	GRAVI PATOLOGIE			
		<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 100.000 per Assicurato / nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - network: rimborso integrale delle spese - extranetwork: Scoperto 30% con minimo €100 e massimo 5.000€ - SSN: Indennità sostitutiva del rimborso €100 al giorno
9	NON AUTOSUFFICIENZA			
	<p>Rendita per tre anni di importo mensile in funzione della combinazione delle garanzie scelte e dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro:</p> <p>NON AUTOSUFFICIENZA + DIARIA DA RICOVERO COMPLETA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 500 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 350 per Assicurato <p>NON AUTOSUFFICIENZA + GRAVI PATOLOGIE (valida anche in caso di acquisto della sola garanzia NON AUTOSUFFICIENZA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 1.000 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 700 per Assicurato <p>ALTRE COMBINAZIONI DI GARANZIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 3.000 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 2.100 per Assicurato 			
12	DIARIA DA RICOVERO COMPLETA			
			€ 100	20 giorni per sinistro e per persona e 90 giorni per anno e nucleo familiare

FORMULA C -TOP

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente *Formula per Assicurato/nucleo familiare* se non riportato diversamente.

7	RIMBORSO SPESE MEDICHE	Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Regole di indennizzo (Franchigie, Scoperti Limiti temporali)
7.1	Rimborso spese pre e post ricovero	<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 5.000 per Assicurato/nucleo familiare	100 giorni pre e 120 giorni post ricovero; <ul style="list-style-type: none"> - network: rimborso integrale delle spese - extranetwork: scoperto 30%, minimo € 35 - SSN: Rimborso integrale tickets per prestazioni pre e post ricovero. Rimborso maggior comfort alberghiero in caso di ricovero.
7.4	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 3000 per Assicurato/nucleo familiare	Per accertamenti di Alta Diagnostica: <ul style="list-style-type: none"> - Network: franchigia € 50 - Extranetwork: scoperto 30%, minimo € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets Per accertamenti diversi da Alta Diagnostica e Visite Specialistiche: <ul style="list-style-type: none"> - Network: franchigia € 35 - Extranetwork: scoperto 30%, minimo € 35 - SSN: Rimborso integrale tickets
8	GRAVI PATOLOGIE			
		<ul style="list-style-type: none"> - Network - Extranetwork - SSN 	€ 150.000 per Assicurato/nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - network: rimborso integrale delle spese - extranetwork: Scoperto 30% con minimo €100 e massimo 5.000€ - SSN: Indennità sostitutiva del rimborso €150 al giorno
9	NON AUTOSUFFICIENZA			
	<p>Rendita per tre anni di importo mensile in funzione della combinazione delle garanzie scelte e dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro:</p> <p>NON AUTOSUFFICIENZA + DIARIA DA RICOVERO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 500 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 350 per Assicurato <p>NON AUTOSUFFICIENZA + GRAVI PATOLOGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 1.000 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 700 per Assicurato <p>ALTRE COMBINAZIONI DI GARANZIE (valida anche in caso di acquisto della sola garanzia NONAUTOSUFFICIENZA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età pari o inferiore a 60 anni: € 3.000 per Assicurato - Età superiore a 60 anni: € 2.100 per Assicurato 			
12	DIARIA DA RICOVERO COMPLETA			
			€ 150	20 giorni per sinistro e per persona e 90 giorni per anno e nucleo familiare

APPENDICE 2 - ELENCO DELLE *GRAVI PATOLOGIE*

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
<p>Malattia oncologica maligna o cancro</p>	<p>Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti.</p> <p>Sono escluse la leucemia linfatica cronica, i tumori cutanei basocellulari (basaliomi) e il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ).</p> <p>La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.</p>
<p>Coronaropatia con necessità di <i>intervento chirurgico</i> o tecniche cardiologiche interventistiche</p>	<p><i>Malattia che determina intervento chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.</p>
<p>Infarto del miocardio</p>	<p>Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ripetuti dolori al torace; – cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; – aumento degli enzimi cardiaci.
<p>Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di <i>intervento chirurgico</i></p>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.</p>
<p>Ictus cerebrale (colpo apoplettico)</p>	<p>Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).</p>
<p>Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di <i>intervento chirurgico</i></p>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.</p>

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: – cuore – polmone – fegato – pancreas – rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. È richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: <ul style="list-style-type: none"> – emo-trasfusioni periodiche; – terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; – trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
<i>Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)</i>	<i>Infortuni</i> , gravi malori improvvisi che necessitano di <i>ricovero</i> in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. MAL50105



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.