

Agenzia di	Direzione
Polizza	905-24-801883
Contraente	Cassa di Assistenza dei Dipendenti del Gruppo Reale Mutua
C.F / Partita Iva	97579030012
Domicilio	Via Corte d'Appello, 11 – Torino – CAP 10122

CONDIZIONI CONTRATTUALI ADEGUATE AL C.I.A. 2025_2022

ALLEGATO N. 8 - CASSA DI ASSISTENZA DEI DIPENDENTI DEL GRUPPO REALE MUTUA - Copertura sanitaria dipendenti inquadrati nell'Area Professionale Quadri - 7° livello Funzionari

in applicazione dell'articolo 30 del C.I.A. 2025_2022

PREMESSA

La copertura opera per i dipendenti inquadrati nell'Area Professionale Quadri - 7° livello Funzionari, nei confronti del singolo dipendente o, a scelta, unitamente a lui di tutti i suoi famigliari come indicati al punto 5 "Persone assicurate" delle "Condizioni che regolano l'assicurazione in generale".

DEFINIZIONI E PRECISAZIONI

Nel testo si intende per

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Polizza:** i documenti che provano l'assicurazione;
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione;
- **Assicurato:** la persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione;
- **Società:** la Compagnia Italiana Assicurazioni S.p.A.;
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- **Rischio:** la possibilità che si verifichi il sinistro;
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- **Indennizzo/Indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Inoltre alle seguenti espressioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

- **Ricovero/Degenza:** Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura - Permanenza diurna in Day Hospital.
- **Day Hospital:** La degenza senza pernottamento in Istituto di Cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
- **Istituto di Cura:** Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, Day Hospital (pubblici o privati) regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (non sono comunque considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani).
- **Centro specializzato:** Istituto (esclusi comunque i centri sportivi ed estetici) non adibito al ricovero dei malati, ma regolarmente autorizzato per l'erogazione di cure mediche, trattamenti fisioterapici e, rieducativi (comprese le cure termali) e/o ad effettuare analisi ed esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici.
- **Intervento chirurgico ambulatoriale:** Intervento chirurgico effettuato senza ricovero; sono considerati interventi chirurgici: diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessature, suture.
- **Assistenza infermieristica:** Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.
- **Terapie:** Metodi di cura specifici per patologie clinicamente accertate normalmente effettuati in centri specializzati o in ambulatori di istituti di cura, ma anche al domicilio del paziente, praticate da personale professionalmente abilitato e/o prescritte dal medico curante.
- **Protesi:** Insieme di tecniche che si propongono di sostituire parzialmente o totalmente un arto od un organo.
- **Scoperto:** Parte del danno indennizzabile - espressa in percentuale - che rimane a carico dell'Assicurato.
- **Infortunio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Malattia:** Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Intervento chirurgico:** Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruenti.
- **Visita specialistica:** Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.
- **Massimale/Limite:** La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nucleo assicurato, la Società presta la garanzia.

- **Termini di aspettativa - Carenze:** Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL' ASSICURATO

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato nella scheda di adesione, che costituisce parte integrante del contratto.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ed anche la cessazione dell'assicurazione, come previsto dagli artt. 1892 - 1893 - 1894 Codice Civile.

2. ALTRE ASSICURAZIONI

In caso coesistano altre assicurazioni per lo stesso rischio il contraente e l'assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione; in caso di sinistro deve essere dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno l'identità degli altri, come previsto dall'articolo 1910 C.C.

3. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo quanto disposto dall'art.3.2 della Sezione III l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non sono pagati i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 45° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, come previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

4. DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA DELL' ASSICURAZIONE

Il presente contratto avrà effetto dalla data di stipula del presente C.I.A. e scadrà il XX/XX/XXXX 31/12/2024; in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno due mesi prima di tale scadenza, si intende prorogato di 1 anno e così successivamente.

5. PERSONE ASSICURATE

Si intendono assicurati il Funzionario/a dell'Italiana Assicurazioni S.p.A., il coniuge non legalmente separato ovvero il convivente more uxorio e i/le figli/e purché conviventi con il/la Dipendente e/o a di lui carico e che risultino presenti sul certificato anagrafico "Stato di famiglia", a prescindere dal loro reddito.

E' possibile assicurare anche i/le figli/figlie non conviventi per i quali sia a carico del Dipendente (in situazione di separazione legale o divorzio) l'assegno di mantenimento.

Le Parti si danno atto che continueranno ad intendersi assicurati gli ascendenti, fratelli, sorelle e discendenti in linea retta solo qualora gli stessi risultino già beneficiari della copertura sanitaria di cui all'Allegato 8 alla data di firma del CIA 2017.

Per gli inserimenti di nuovi assunti in corso d'anno assicurativo la copertura decorrerà (fatti salvi i termini di carenza eventualmente previsti) dalla data di assunzione ovvero dalla data di effetto della promozione a Funzionario/a.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento ovvero per decesso, l'assicurazione cessa alla fine dell'anno assicurativo in cui si è verificato il pensionamento ovvero la premorienza del/la Dipendente.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro per altre cause, l'assicurazione (per l'intero nucleo assicurato) cessa contestualmente all'interruzione del rapporto di lavoro.

6. CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il calcolo e la regolazione del premio vengono effettuati secondo quanto indicato nell'Appendice n. 3 che forma parte integrante del presente contratto.

7. PROVA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI

Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto sottoscritto.

8. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

9. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

SEZIONE I

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

La Società presta la garanzia di cui alla presente Sezione, procedendo al rimborso, nei seguenti casi e con i seguenti limiti:

- spese sostenute per terapie relative a malattie oncologiche, fino alla concorrenza **per anno assicurativo e per dipendente/nucleo** di € 300.000,00= ~~per anno assicurativo e nucleo assicurato;~~
- ricovero, reso necessario da infortunio o da malattia, escluso il parto naturale compreso il parto cesareo ed aborto spontaneo e/o post traumatico e l'intervento chirurgico ambulatoriale, fino alla concorrenza **per anno assicurativo e per dipendente/nucleo** di € 190.000,00= ~~per evento e per anno assicurativo (non reintegrabili),~~ elevati a € 400.000,00= ~~(non reintegrabili)~~ in caso di Gravi Malattie o di Intervento di Alta Chirurgia, come da successive appendici n. 1 e n. 2;
- assistenza infermieristica domiciliare per malattia terminale entro il limite giornaliero di € 60,00= per un periodo massimo di 60 giorni.

PRESTAZIONI GARANTITE

a) le spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi – escluse lenti a contatto ed occhiali, salvo le I.O.L. (cristallino artificiale) - applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, in un momento successivo all'intervento.

In caso di sostituzione di detti apparecchi terapeutici e protesi determinata da necessità medica, le spese per il loro acquisto sono rimborsate nel limite **per anno assicurativo e per dipendente/nucleo** di € 6.000,00= ~~per anno assicurativo e nucleo assicurato.~~

L'infortunio che determina la necessità di intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, deve essere comprovato anche da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure da referto del medico che ha prestato le prime cure immediatamente successive all'infortunio;

b) le spese, relative al periodo di ricovero, per assistenza medica, cure (con il limite per la dialisi di 30 applicazioni per anno assicurativo), trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami;

c) le spese per rette di degenza, rette per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore;

d) le spese di trasporto con ambulanza fino ad un massimo **per anno assicurativo e per dipendente/nucleo** di € 550,00= ~~per anno assicurativo e per evento~~, elevato fino a € 2.900,00= per mezzi sanitari diversi dall'ambulanza, comunque ricomprese nel limite di € 190.000,00= previsti per i ricoveri (€ 400.000,00 in caso di Gravi Malattie o di Intervento di Alta Chirurgia come da appendice n° 1 e n° 2), con applicazione di uno scoperto del 10% su ciascuna prestazione.

e) le spese per terapie varie sanitarie di medicina tradizionale, visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), trattamenti specialistici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura e anche a domicilio del paziente purché venga presentato certificato medico che attesti l'impossibilità fisica dell'Assicurato a recarsi presso la struttura sanitaria, assistenza infermieristica, il tutto nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale e purché dette prestazioni siano ad essi inerenti.

Sono altresì comprese le spese sostenute per cure termali (ad eccezione di quelle di natura alberghiera) praticate in conseguenza di un ricovero o intervento chirurgico nei 120 giorni ad essi successivi.

Il rimborso viene effettuato con applicazione di uno scoperto del 10% su ciascuna delle suddette prestazioni precedenti e/o successive al ricovero.

Casi particolari di garanzia

f) in caso di trapianto di organi la garanzia vale, nei termini previsti alle lettere a), b), c) d) ed e) anche per le spese sostenute dal donatore e per il trasporto di organi o parte di essi;

g) per i nati da un parto indennizzabile a termini di polizza, l'assicurazione è operante negli stessi termini previsti per la madre al momento del parto – gratuitamente fino alla scadenza anniversaria dell'anno assicurativo, con il minimo di 30 giorni. Per essi, inoltre, non vale l'esclusione delle malformazioni congenite e difetti fisici preesistenti di cui al successivo art. 3.3. La comunicazione della nascita dovrà essere effettuata, per iscritto, alla Società entro 30 giorni dall'evento per il relativo adeguamento contrattuale con inserimento del neonato in garanzia.

h) in caso di ricovero (o intervento chirurgico in day hospital) effettuati in regime di accreditamento con il SSN o in regime di attività libero professionale (c.d. "intramoenia), la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenza di spese rimaste a carico dell'Assicurato. L'Assicurato, in alternativa al rimborso, riguardante l'Oggetto dell'Assicurazione e le Prestazioni Garantite, e comunque nel caso in cui non abbia sostenuto alcuna spesa a seguito di un evento coperto dal presente contratto (con esclusione di eventuali ticket), può chiedere il pagamento di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero di € 170,00= con il limite annuo di 120 giorni e considerando il giorno di entrata e quello di dimissioni come giorno unico. Per il solo dipendente in caso di fruizione di detta indennità non sarà necessario produrre la cartella clinica, rimanendo sufficiente una certificazione ospedaliera del periodo di ricovero.

i) in caso di ricovero per parto naturale viene riconosciuta la sola indennità di cui al precedente punto, o, in alternativa, un rimborso delle spese sostenute con il limite massimo di € 2.800,00= ed esclusione delle spese sanitarie precedenti e successive al ricovero di cui al precedente punto e).

l) Pacchetto maternità: la Società rimborsa - fino alla concorrenza per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 850,00= ~~500, per periodo assicurativo e Assicurato/nucleo familiare~~ - le spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate:

- ecografie fino ad un massimo di ~~3~~ 5 per periodo assicurativo;
- analisi chimico-cliniche;
- visite di controllo ostetrico ginecologico fino ad un massimo di ~~6~~ 4 visite per periodo assicurativo.

SEZIONE II

SPESE SPECIALISTICHE

I massimali previsti dalla presente sezione II "Spese Specialistiche", con esclusione del massimale previsto per le lenti correttive, si intendono così elevati:

- Dipendenti senza nucleo familiare = Aumento del 5%
- Dipendenti con nucleo familiare = Aumento del 10%

Gli aumenti di massimali devono ~~Il citato aumento deve~~ intendersi pro rata temporis dalla data di sottoscrizione sino al ~~31/12/2025~~ 31/12/2022

In aggiunta alle prestazioni previste alla sezione I, la Società rimborsa le spese sostenute per:

- protesi oculari, ortopediche, acustiche e simili (con espressa esclusione di lenti e relative montature di protesi od elementi dentali), fino ad un limite per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 6.005.00 (aumentato a € 6.290,00 in caso di nucleo familiare) di € 5.200,00= per anno assicurativo e nucleo assicurato e con applicazione di uno scoperto, per ciascuna prestazione, del 10%;

entro il limite del massimale di cui sopra e con il medesimo scoperto, fino alla concorrenza per anno assicurativo e per dipendente/nucleo € 230,00 (aumentato a € 240,00 in caso di nucleo familiare) di € 200,00= per anno assicurativo e per persona, l'acquisto di plantari ortopedici (o di tutore AFO) che sia reso necessario in seguito ad intervento chirurgico, comprovato da cartella clinica, e prescritto da medico specialista curante, nei seguenti casi:

- esclusivamente per i figli del Dipendente che non abbiano età superiore a 14 anni, qualora l'intervento chirurgico sia reso necessario da infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza.
- esclusivamente per i figli del Dipendente che siano nati in corso di contratto (intendendosi per contratto la polizza malattia di cui al presente Allegato, senza soluzione di continuità) e che non abbiano età superiore a 14 anni, qualora l'intervento chirurgico sia reso necessario da difetto fisico o malformazione congenita (per malformazione o difetto fisico si intende la "alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o che sia clinicamente diagnosticabile prima della decorrenza dell'assicurazione). Nessun rimborso spetta, in questo caso, per i figli non nati in corso di contratto (come sopra definito).

La garanzia opera esclusivamente nel corso dell'anno assicurativo in cui l'Assicurato si è sottoposto all'intervento chirurgico e nell'anno assicurativo successivo. Decorso tale periodo nessun rimborso spetta all'Assicurato.

Ai fini del computo del limite di età, fa fede il giorno in cui l'Assicurato si sottopone all'intervento chirurgico.

La garanzia di cui al presente punto, alle condizioni sopra indicate, opera anche qualora il figlio sia nato in vigenza della copertura di cui all'Allegato 7, senza soluzione di continuità con il contratto di cui al presente Allegato.

- spese per terapie di medicina varia (ad esempio laserterapia, cobaltoterapia, agopuntura, logopedia, psicomotricità, o altre) purché legate a patologia clinicamente accertata nonché prescritte o praticate da un medico specialista, con il limite per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 2.655,00= (aumentato a € 2.785,00= in caso di nucleo familiare) con applicazione di uno scoperto, per ciascuna

prestazione del 10%; i ticket sanitari relativi a prestazioni erogate dal S.S.N., verranno rimborsati integralmente senza applicazione di nessuno scoperto ~~2.300,00= per anno assicurativo e nucleo assicurato e con uno scoperto, per ciascuna prestazione, del 10%;~~

- spese per visite specialistiche accertamenti diagnostici e di laboratorio, fino ad un massimo per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 2.655,00= (aumentato a € 2.785,00= in caso di nucleo familiare) con applicazione di uno scoperto, per ciascuna prestazione del 10%; i ticket sanitari relativi a prestazioni erogate dal S.S.N., verranno rimborsati integralmente senza applicazione di nessuno scoperto ~~di € 2.300,00= per anno assicurativo e nucleo assicurato e con applicazione di uno scoperto, per ciascuna prestazione, del 10%; fermo restando tale limite, verranno rimborsate anche le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive da vista sino ad un massimo € 450,00 (l'aumento deve intendersi pro rata temporis dalla data di sottoscrizione sino al 31/12/2022) per anno assicurativo e nucleo assicurato. A decorrere dalla firma del presente CIA è prevista per le lenti l'attivazione del pagamento in forma diretta, unicamente se attivata nelle modalità riportate in appendice n.4.~~

MASSIMALE DELLE LENTI SCORPORATO DALLE VISITE SPECIALISTICHE

Sulle prestazioni specialistiche (~~lenti comprese~~) effettuate presso un centro convenzionato con la Società che pratici pertanto agli assicurati tariffe ridotte rispetto a quelle relative al normale pubblico, fermi i predetti limiti, non si applica scoperto;

- ~~i ticket sanitari relativi a prestazioni erogate dal S.S.N., verranno rimborsati integralmente senza applicazione di nessuno scoperto, sempre nel predetto limite per prestazioni specialistiche di € 2.300,00= per anno e nucleo assicurato~~

INDICATO NEL PARAGRAFO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- spese per l'acquisto di lenti correttive da vista fino ad un massimo per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 500,00= con applicazione di uno scoperto del 10%. E' prevista per le lenti l'attivazione del pagamento in forma diretta, unicamente se attivata nelle modalità riportate in appendice n.4, in tal caso non sarà applicato nessuno scoperto.
- Medicina preventiva: check up

La Società rimborsa le spese sostenute dal Funzionario per l'effettuazione da parte sua di check up di medicina preventiva; tale rimborso è effettuato nella misura del 90% della spesa sostenuta, col massimo di € 740,00 ~~640,00=~~ per check up.

Il Funzionario può usufruire di questa prestazione una volta all'anno.

Il check-up potrà essere eseguito presso qualsiasi centro specializzato prescelto dal lavoratore.

Tuttavia qualora l'Impresa stipuli una specifica convenzione con un centro diagnostico specializzato ed il/la lavoratore/lavoratrice voglia usufruire di tale convenzione, la relativa spesa sarà a totale carico della

Società, mentre ogni eventuale ulteriore onere (per trasporto o altro) non graverà in nessun caso sulla Società.

Della spesa sostenuta per il check up dovrà essere prodotta alla Società regolare documentazione.

- Medicina preventiva: ~~pap test — mammografia — MOC — eco mammaria.~~

La Società rimborsa, una volta per anno assicurativo, le spese sostenute dalla dipendente per l'effettuazione da parte sua di: ~~pap test, mammografia, M.O.C. ed ecografia mammaria.~~

- Pap test
- Mammografia
- M.O.C.
- Ecografia mammaria
- Visita ginecologica (solo in forma diretta all'interno del network convenzionato con Blue)
- Visita senologica

Della spesa sostenuta per i suddetti esami dovrà essere prodotta alla Società regolare documentazione.

- La società rimborsa le spese per amniocentesi/villocentesi e per il test del DNA fetale, fino ad un massimo ~~per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 1.850,00=~~ ~~1.600,00=~~ ~~per anno assicurativo e nucleo assicurato e~~ con applicazione di uno scoperto, per ciascuna prestazione, del 10%;
- La società rimborsa le visite psicologiche sostenute per la cura di psicosi in genere e sindromi nevrotiche, caratteriali e/o comportamentali fino ad un massimo per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 1.000,00= ~~—concorre fino a € 500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare al rimborso delle visite psicologiche sostenute per la cura di psicosi in genere e sindromi nevrotiche, caratteriali e/o comportamentali.~~
- La società rimborsa il tatuaggio medicale per pigmentazione del complesso areola-capezzolo post intervento di mastectomia, fino ad un massimo per anno assicurativo e per dipendente/nucleo di € 500,00=.

Tutte le prestazioni elencate nella sezione III "Spese Specialistiche" potranno essere eseguite in convenzione diretta tramite BLUE Assistance, previa attivazione della Centrale Operativa; in questi casi lo scoperto previsto dalle singole garanzie verrà dimezzato.

SPESE ODONTOIATRICHE

In aggiunta alle prestazioni pattuite la Società assicura il rimborso delle spese sostenute per:

- a) visite e cure odontoiatriche e ortodontiche;
- b) applicazione di protesi dentarie;
- c) trattamenti ortodontici.

Le spese per le prestazioni suindicate sono rimborsate fino alla concorrenza di un massimale di € 6.815,00= ~~6.195,00~~ (l'aumento deve intendersi pro rata temporis dalla data di sottoscrizione sino al 31/12/2025 ~~31/12/2022~~) per ogni Assicurato dipendente e per anno; qualora oltre al dipendente siano assicurati anche i suoi famigliari, il predetto massimale è aumentato di € 880,00= ~~800,00~~ per ogni famigliare, con il massimo comunque per anno assicurativo di € 10.165,00= ~~9.240,00~~ (l'aumento deve intendersi pro rata temporis dalla data di sottoscrizione sino al 31/12/2025 ~~31/12/2022~~) per nucleo assicurato.

Il rimborso è effettuato nella misura del 90% della spesa, restando il rimanente 10% a carico dell'assicurato ovvero, in alternativa, integralmente entro i limiti previsti per ciascuna prestazione come previsto nella tabella allegato n.2 dell'accordo per l'assistenza sanitaria dei funzionari delle imprese Assicuratrici di cui al C.C.N.L. in vigore. La scelta della modalità di rimborso dovrà essere effettuata dal funzionario sulla prima eventuale notula di ogni annualità assicurativa e con la stessa metodologia verranno rimborsate tutte le eventuali fatture successive presentate nell'arco dell'anno assicurativo.

Qualora venga utilizzato il network di Blue Assistance il rimborso è effettuato senza applicazione di scoperto. In ogni caso di cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio valgono le condizioni di cui all'art. 3.3, lett. h della sezione III.

Sono rimborsabili esclusivamente le spese per prestazioni effettuate da medici dentisti.

Le spese implantologiche, fermo lo scoperto previsto, saranno rimborsate fino alla concorrenza di € 5.775,00= ~~5.250,00~~ (l'aumento deve intendersi pro rata temporis dalla data di sottoscrizione sino al 31/12/2022) per nucleo e per anno assicurativo.

SEZIONE III

DELIMITAZIONI DELL' ASSICURAZIONE

3.1 Limiti di età – Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio). Si precisa che sono comunque esclusi dalla garanzia i ricoveri in case di soggiorno e ospizi per persone anziane.

Non sono mai assicurabili le persone, diverse dal dipendente, affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate limitatamente ai casi in cui la causa di queste malattie derivi dalla tossicodipendenza.

Non sono mai assicurabili i soggetti diversi dal dipendente affetti dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive e stati paranoidi. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga.

3.2 Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre con effetto immediato per il/la Dipendente e per i famigliari del dipendente che abbiano già in corso alla data di decorrenza del presente contratto una copertura sanitaria per il medesimo rischio stipulata con la Società, sostituita dal presente contratto senza soluzione di continuità.

Per tutti i soggetti assicurati diversi dal dipendente che entrano in copertura a nuovo la garanzia decorre:

- dal 180° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione per le conseguenze dirette di infortunio pregresso e di malattia già manifestatasi o comunque diagnosticata prima della data di effetto dell'assicurazione;
- dalla data di effetto dell'assicurazione per il parto (per il quale vale la garanzia in conformità a quanto previsto dalle condizioni di polizza) e sempreché la gravidanza abbia avuto inizio dopo la data di decorrenza della copertura;
- con effetto immediato per tutti gli altri casi.

In caso di ricovero o di altre prestazioni previste in polizza verificatisi durante la carenza, non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre il periodo di carenza stesso.

3.3 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per tutti i soggetti assicurati diversi dal dipendente per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto, ovvero preesistenti alle precedenti coperture sanitarie per il medesimo rischio stipulate con la Società se in corso.

Tale esclusione non è operante per i nati da parto indennizzabile ai sensi del presente contratto che vengano integrati immediatamente in garanzia, senza soluzione di continuità, come previsto nella Sezione I - Prestazioni garantite - Casi particolari di garanzia - alla lettera g).

In deroga a quanto precede la Società rimborsa fino alla concorrenza di € 1.500,00= per anno e per nucleo familiare le spese per trattamenti riabilitativi o di mantenimento prescritti dal medico curante a soggetti portatori di handicap.

L'assicurazione non è operante per tutti i soggetti assicurati per:

- a) l'aborto volontario non terapeutico;
- b) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- c) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) gli infortuni derivanti da stato di ubriachezza; uso non terapeutico di psicofarmaci e/o allucinogeni e/o stupefacenti;
- e) le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30.6.65, n. 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza;
- f) le pratiche necessarie all'induzione della gravidanza con mezzi artificiali;
- g) le cure e gli interventi determinati da positività HIV e da AIDS e sindromi ad essa correlate quando la causa di queste malattie derivi dalla tossicodipendenza;
- h) le cure dentarie e le paradontopatie da infortunio o malattia in genere (salvo quanto disposto al punto "Spese odontoiatriche" della Sezione II). Sono tuttavia comprese le cure e protesi dentarie da effettuarsi e/o applicarsi a seguito di intervento di chirurgia oro-maxillo facciale conseguente ad infortunio o neoplasia maligna. Qualora l'intervento sia determinato da infortunio, quest'ultimo deve essere comprovato anche da referto delle prestazioni di Pronto Soccorso Pubblico oppure da referto del medico che ha prestato le prime cure immediatamente successive all'infortunio;
- i) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto nella Sezione I – Prestazioni garantite alla lettera a), nonché alla Sezione III;
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e le accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
- k) le conseguenze di guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione per tutti i soggetti assicurati i rimborsi delle spese dovute ad infortuni:

- l) derivanti da rischi e sports aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- m) conseguenti ad azioni delittuose compiute dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso;
- n) conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva.

SEZIONE IV

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

4.0 Utilizzo delle strutture convenzionate con Blue Assistance S.p.A.

In caso di ricovero in istituto di cura (anche in day hospital), l'assicurato può utilizzare il circuito delle strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, secondo le procedure e nei termini stabiliti dall'Appendice n.4.

4.1 Anticipazione del rimborso

L'assicurato può chiedere l'anticipazione del rimborso quando:

- le spese siano, in base alla fatturazione parziale o all'attestazione dell'Istituto di Cura o del Centro specializzato, con presentazione successiva della fattura, non inferiori a € 2.000,00=;
- l'assicurato fornisca alla Società la documentazione medica sufficiente per valutare che l'evento rientra in copertura con la presente polizza.

In tal caso la Società, esaminata la documentazione e riscontrata l'idoneità, corrisponde l'85% (ottantacinquepercento) delle spese rimborsabili.

Qualora a guarigione clinica avvenuta dovesse risultare che nessun indennizzo spetterebbe, la Società ha diritto alla restituzione entro 15 giorni dalla richiesta formale, degli importi anticipati.

4.2 Data del sinistro

La data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale, il ricovero domiciliare o altre prestazioni sanitarie assicurate.

La Società effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro e comunque non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

4.3 Documentazione medica e documentazione delle spese

L'Assicurato deve sottoporsi anche in fase di ricovero, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di ricovero in Day Hospital, tale circostanza dovrà espressamente risultare dalla documentazione medica (cartella clinica) che l'Assicurato è obbligato a presentare, salvo quanto disposto alla Sezione I – Prestazioni garantite – Casi particolari di garanzia alla lettera h).

La documentazione delle spese è acquisita dalla Società; tuttavia la Società restituisce la predetta documentazione previa iscrizione dell'importo liquidato e della data di liquidazione.

La documentazione non deve essere presentata in originale, ma in formato elettronico tramite il portale messo a disposizione dalla Società, su cui è resa disponibile anche l'indicazione dell'importo liquidato.

In ogni caso il dipendente è tenuto a fornire alla Società una copia leggibile.

4.4 Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria, possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

4.5 Diritto all'azione di rivalsa

La Società eserciterà il diritto di rivalsa di cui all'articolo 1916 Codice Civile nei confronti dei terzi civilmente responsabili.

Tale diritto è tuttavia limitato, per il titolo e per gli importi, alle prestazioni relative alle spese di cura.

A parziale deroga del predetto art. 1916 Codice Civile, l'azione di rivalsa, nei confronti degli affini e dei parenti fino al terzo grado dell'Assicurato con lo stesso non conviventi, verrà esercitata, salvo il caso di dolo, solo se la loro responsabilità civile è garantita da idonea ed operante polizza di responsabilità civile verso terzi (art. 1917 C.C.) e nei limiti dei massimali di polizza.

APPENDICE N. 1 INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Craniotomia per lesioni traumatiche inter-cerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche;
- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazioni per encefalo meningocele.
- Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radi meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via trasfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

Faccia e bocca

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Riduzione fratture mandibolari con osteo-sintesi.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture del condilo e dell'ipofisi coronoide mandibolare.
- Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture dei mascellari superiori.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

Esofago

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori.

Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Intervento sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

Chirurgia cardiaca

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni congenite del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commissurotomia.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aorto-coronarico con vene.
- By-pass aorto~coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammana secondo Vineberg, singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardico per via tora-cotomica o frenico-pericardica.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.

Stomaco e duodeno

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

Peritoneo e intestino

- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali.
- Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura- resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

Retto

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addominoperineale.

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrotomia, colecisto e enterostomia).

Pancreas e milza

- Interventi per necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - enucleazioni delle cisti;
 - marsupializzazione,
- Interventi per fistole pancreatiche,
- Interventi demolitivi del pancreas,
 - totale o della testa;
 - della coda.
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.

Vasi

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

Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico o policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice - abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare - abbassamento addomino perineale.
- Eteratoma sacrococcigeo.
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto;
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Megacolon.
- Operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Endoprotesi di remare.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Artrodesi vertebrali anteriori e/o posteriori.

Urologia

- Intervento per fistola vescico rettale.
- Cistectomy totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica - colcisto plastica.
- Cistectomy totale.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.

- Intervento per estrofia della vescica
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.

Apparato genitale

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
- Metroplastica.
- Pannisterectomia radicale per via addominale.
- Pannisterectomia radicale per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.

Oculistica

- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

Laringe

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

Si considerano "interventi di Alta Chirurgia" anche:

- il trapianto ed espianto di organi;
- gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti dall'elenco precedente
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

APPENDICE N. 2 – GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO (attacco cardiaco)

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:

- a) ripetuti dolori al torace;
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA

Che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche.

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due 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 finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

ICTUS CEREBRALE

(colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PARALISI

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) in seguito a paralisi. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

APPENDICE N. 3 – CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio iniziale di polizza viene stabilito sulla scorta delle presenze ed adesioni alla data di firma del presente C.I.A. degli assicurati ed è riportato nella scheda di polizza che costituisce parte integrante del presente contratto.

Alla fine di ciascun anno assicurativo si procederà alla regolazione del premio in base alle entrate in garanzia degli assicurati, stabilito che per il personale che entra in garanzia nei primi sei mesi la Contraente pagherà il 100% del premio annuo e per chi entra in garanzia nei secondi sei mesi la Contraente pagherà il 50% del premio annuo.

Alla fine di ogni annualità assicurativa la Contraente dovrà fornire i dati relativi al calcolo della regolazione del premio, che dovrà comunque essere pagato entro 30 giorni dalla formale richiesta. In mancanza del pagamento entro i 30 giorni si stabilisce un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni trascorso il quale la garanzia si intenderà sospesa in attesa di risoluzione.

APPENDICE N. 4 – PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE S.p.A.

➤ Punto A - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, ANCHE IN DAY HOSPITAL

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'assicurato deve sempre telefonare a Blue Assistance S.p.A. ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia: Numero Verde 800 – 589.589
- dall'estero: Prefisso internazionale +11 - 742.56.44

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo, è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Blue Assistance S.p.A., in mancanza del quale il servizio non è operante.

Blue Assistance S.p.A. è a disposizione degli assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie 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.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance S.p.A. provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance S.p.A. curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

Resta inteso che:

- qualora l'Assicurato utilizzi una struttura convenzionata ma scelga medici non convenzionati, deve provvedere in proprio al pagamento delle spese sostenute, che, al ricevimento della relativa documentazione, sono rimborsate da Blue Assistance S.p.A. a termini di polizza;
- le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero previste alla Sezione I - Prestazioni garantite, lettera e), non sono pagate direttamente, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero cui si riferiscono;
- nel caso in cui Blue Assistance S.p.A. non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese;
- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance S.p.A., delega la Società a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto dalla Società.

Qualora l'Assicurato non utilizzi una struttura convenzionata tramite Blue Assistance S.p.A., le norme per la denuncia e liquidazione dei sinistri sono indicate alla Sezione IV.

➤ **Punto B - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

Per accedere alle prestazioni odontoiatriche presso i Centri Odontoiatrici Convenzionati occorre che:

- L'Assicurato contatti direttamente il Centro Odontoiatrico Convenzionato segnalando di essere assistito da Blue Assistance
- Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico Convenzionato, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure" che deve essere inviato a Blue Assistance dal Centro Odontoiatrico Convenzionato, tramite il portale Blueasy (tramite la registrazione al portale sul sito www.blueassistance.it)
- Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del "Piano di Cure", provvede alla valutazione dello stesso e alla comunicazione al Centro Odontoiatrico Convenzionato delle prestazioni assicurate.

Al momento della conclusione del "Piano di Cure":

- Blue Assistance paga direttamente le spese previste dalla Polizza, nel rispetto dei limiti temporali ed economici. Provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il Centro Odontoiatrico Convenzionato e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata
- L'Assicurato deve sostenere le spese di sua competenza per le prestazioni non previste dalla presente Polizza.

Resta inteso che:

- L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega Italiana Assicurazioni a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla Polizza

- Se il Sinistro risulta non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Italiana Assicurazioni
- Rimane a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo apposte sulle fatture di spesa.

Italiana tramite Blue Assistance nell'ambito dei massimali previsti nella Sezione II — Spese Odontoiatriche — concede l'accesso e l'utilizzo del proprio Network odontoiatrico e della relativa tariffa di convenzionamento con esso definita.

Per l'utilizzo del network odontoiatrico il dipendente deve:

— accedere al sito www.incontraittuodontista.it inserendo il codice PIN univoco in suo possesso.

Solamente al primo accesso il dipendente inserisce i suoi dati anagrafici e di tutti i membri del nucleo familiare. Nel caso di aumento dei componenti sarà possibile inserire nuovi componenti anche in un secondo momento.

Il dipendente può effettuare la scelta del centro odontoiatrico presso il quale effettuare le cure selezionando, dal menu a tendina, la Regione, la Provincia e la Città desiderata.

Cliccando sul pulsante Salva e Stampa il sistema genera il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea, presso il centro odontoiatrico, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa prevista dal nomenclatore, anche per importi in eccedenza ai massimali di polizza.

➤ **Punto C – PRESTAZIONI DOMICILIARI E/O SPECIALISTICHE - PREVENZIONE**

L'assicurato, per effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni con modalità web - per le quali tale modalità è prevista dal contratto - dovrà accedere alla propria Area Riservata del sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- - l'Assicurato per cui si richiede la prestazione
- - la tipologia di prestazione richiesta
- - la data della prestazione
- - la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

➤ **Punto D C – DIRETTA LENTI**

L'Assicurato può attivare il pagamento in forma diretta richiedendo la presa in carico direttamente al Centro Ottico Convenzionato. Per farlo deve accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it, consultare i Centri Ottici convenzionati, selezionare quello desiderato e scaricare il voucher da consegnare al Centro in fase di richiesta della prestazione. Sarà poi l'Ottico stesso a richiedere la presa in carico delle spese a Blue Assistance. Contestualmente occorre fornire al Centro un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

Blue Assistance invierà all'Assicurato, tramite e-mail, una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione con indicazione del massimale e dello scoperto previsto dalle condizioni generali di assicurazione.

In mancanza della corretta attivazione, la liquidazione in forma diretta non è operante e pertanto avverrà nella tradizionale forma a rimborso, previa applicazione di franchigie/scoperti previsti.

APPENDICE N. 5 – ASSISTENZA CON BLUE ASSISTANCE S.p.A.

SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURIAMO

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di malattia o di infortunio verificatosi durante il periodo di validità della polizza o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre un servizio che è caratterizzato dalle seguenti prestazioni di assistenza.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile a mezzo telefono:

DALL'ITALIA 800 589.589

DALL'ESTERO PREFISSO INTERNAZIONALE SEGUITO DA 011/742 56 44

COMUNICANDO:

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

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**

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

PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite gratuitamente 3 volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo.

Invio di un medico generico

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

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

Invio di un fisioterapista

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 500,00= per evento.**

Trasporto in autoambulanza

Qualora l'Assicurato richieda un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una struttura sanitaria o da questa alla sua residenza, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio. **La prestazione opera fino alla concorrenza di € 250,00= per evento.**

PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

Viaggio di un familiare con soggiorno

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio sia ricoverato in una struttura sanitaria e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, di essere raggiunto da questi, la Centrale Operativa:

- A. mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- B. prenota per il familiare un albergo.

La prestazione di cui al punto B opera fino alla concorrenza di € 500,00= per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

Rientro sanitario

Qualora nel corso di un viaggio, a seguito di malattia o infortunio, vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua residenza o in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a:

A. organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
- treno (prima classe);
- autoambulanza;
- altri mezzi adatti alla circostanza;

B. fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessari cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di A.I.D.S. e sindromi correlate, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, purché convalescente a seguito di un ricovero, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

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

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessari cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di A.I.D.S. e sindromi correlate, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

Un accompagnatore o un mezzo di trasporto

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato, richieda un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a erogare il servizio, **tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 500,00= per evento.**

Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo. **La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500,00= per Assicurato.**

Invio di medicinali urgenti all'estero Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante fosse introvabile sul posto, la

Centrale Operativa provvede a far pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali. **Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato il quale provvederà, al suo rientro in Italia a rimborsare l'importo.**

Rientro funerario

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 10.000,00= per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica), o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

DELIMITAZIONI DI GARANZIA

Italiana Assicurazioni non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

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

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

GESTIONE DEL SINISTRO

Obblighi dell'Assicurato

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

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

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

Mancato utilizzo delle prestazioni

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

Restituzione di biglietti di viaggio

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