

“Piattaforma QuraKare”: scopri i servizi dedicati al tuo benessere

Grazie alla tua polizza SalutepiùBenessere puoi ora accedere ad un mondo di servizi innovativi pensati per la tua salute e il tuo benessere, in un’ottica di prevenzione continua. Scopri quali sono e come puoi usufruirne.

Il portale del benessere “Piattaforma QuraKare”.

A chi è dedicato

A tutti gli assicurati di SalutepiùBenessere.

Cos’è

Una piattaforma online dedicata che ti consentirà di prenderti cura della tua salute e del tuo benessere grazie a numerosi servizi accessibile dal sito www.blueassistance.it o da App BlueAssistance.

Con la compilazione di un questionario digitale potrai ottenere un Percorso di Prevenzione costruito su misura per te per mantenere uno stile di vita sano ed effettuare una corretta prevenzione.

A tua disposizione



il **questionario anamnestico** e il **Percorso di Prevenzione**;



Tuo Dottore, un medico generico disponibile, previa prenotazione, in tele visita h 24 7/7, che ti orienta rispetto al miglior percorso di cura;



l’**Agenda degli Appuntamenti**, dove tutte le prestazioni sanitarie prenotate sulla piattaforma vengono censite su un calendario, che gestisce anche le notifiche di reminder;



Documenti Clinici, per avere accesso ai dati raccolti tramite il questionario, lo storico delle attività svolte ed eventuali referti e ricette caricate autonomamente o aggiunte ed erogate anche dai medici di Blue Health Center;



la **convenzione esclusiva** sul servizio di consegna farmaci (servizio non sanitario).

Come accedere alla “Piattaforma QuraKare”

- Vai al sito www.blueassistance.it (da web o tramite App Mobile Blue Assistance)
- Accedi alla sezione “Area Riservata”, quindi clicca su “Non sei registrato?”
- Compila i campi richiesti con i tuoi dati anagrafici e imposta un nome utente e password.

Accesso ai servizi: dopo aver effettuato l’accesso alla tua Area Riservata Blue Assistance, seleziona la voce di menu “**Qurakare**” per visualizzare i servizi disponibili. In base al tipo di prodotto sottoscritto, puoi accedere come segue:

SALUTEpiùBENESSERE – Persona – Ogni singolo assicurato può accedere con le proprie credenziali (user e password) per consultare i servizi disponibili.

SALUTEpiùBENESSERE – Famiglia – Ogni singolo assicurato può accedere con le proprie credenziali (user e password) per consultare i servizi disponibili.

SALUTEpiùBENESSERE – Azienda – Ogni singolo assicurato può accedere con le proprie credenziali (user e password) per consultare i servizi disponibili.

Assistenza Tecnica “Piattaforma QuraKare”

In caso di assistenza tecnica puoi contattare il numero verde **800776425** o il numero **+ 39 011 4389231** attivi da lunedì al venerdì dalle 8 alle 18.



QuraKare Card

Grazie alla tua QURAKARE Card consegnata insieme alla polizza **SALUTEpiùBENESSERE** accedi a visite ed esami a tariffe preferenziali nelle strutture del network Blue Assistance. **La card viene consegnata a ciascun assicurato. Per poterla utilizzare, ed esplorare tutti i servizi connessi, è necessario accedere all'Area Riservata Blue Assistance (dal sito web www.blueassistance.it oppure tramite App Mobile Blue Assistance) seguendo questi passaggi:**

- **Vai su Area Riservata e clicca su "Non sei registrato?"**
- **Inserisci i tuoi dati anagrafici e crea username e password**
- **Una volta effettuato l'accesso, seleziona dal menu la voce "Qurakare"**
- **Il sistema ti mostrerà il codice PIN associato alla tua card sanitaria**
- **Clicca su "Vai al sito" per accedere al Portale**

La CARD SANITARIA QURACARE è nominativa ed è valida per tutta la durata della polizza.



Strutture mediche convenzionate

Cosa sono

Grazie alla Card Sanitaria QuraKare, **puoi beneficiare di tariffe privilegiate**, in qualsiasi momento, per qualsiasi prestazione sanitaria anche se non assicurativa, presso le strutture convenzionate con Blue Assistance.

Per usufruire delle tariffe privilegiate sarà necessario accedere alla tua Area Riservata Blue Assistance con la username e password da te scelta in fase di registrazione e stampare il voucher di riconoscimento inserendo la richiesta dalla sezione Home.

Scopri tutte le strutture convenzionate nella home page del sito www.piuvera.it, oppure dall'Area Riservata Blue Assistance oppure contattando il numero verde 800.767.888



Tuo dottore

A chi è dedicato

A tutti gli assicurati di **SalutepiùBenessere**.

Eccezione: formula Azienda

Cosa è

Grazie alla Card Sanitaria QuraKare avrai la disponibilità di un medico generico in televisita H24 e 7/7, previa prenotazione, per orientarti verso il miglior percorso di cura, con possibilità di effettuare prescrizioni mediche.

Puoi richiedere la televisita accedendo al portale del benessere "Piattaforma QuraKare" dalla tua Area Riservata Blue Assistance disponibile dal sito web www.blueassistance.it o da App Mobile Blue Assistance.

*Servizi forniti da Blue Health Center, anche per il tramite di società terze sue partner.

Card Sanitaria QuraKare è il documento di riconoscimento comprovante la titolarità del diritto, in capo a ciascun assicurato, di accedere alla "Piattaforma QuraKare". La Piattaforma è di proprietà di Blue Health Center S.r.l, con sede legale in Via Corte d'Appello, 11 e C.F. 12853460017 e P. IVA 11998320011, N. R.E.A. Torino N. 1320986, società con un unico socio: Blue Assistance S.p.A. - società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della società Reale Mutua Assicurazioni. I servizi sanitari sono erogati da Blue Health Center S.r.l. in qualità di struttura sanitaria autorizzata ai sensi dell'Autorizzazione N. 104/16 del 28.11.2023 rilasciata dal Comune di Torino - Direttore Sanitario dott.ssa Bonansone Valentina iscritta all'albo dei Medici di Torino dal 6 luglio, 1998 con numero di iscrizione 18326.



PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano - Cod. Fisc. e Num. di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 01979370036, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2388 del 09 Novembre 2005 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005 - Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151. Appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n.057. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. - e facente parte del "Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia".

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Il prodotto assicurativo pubblicizzato è realizzato da PiùVera Assicurazioni S.p.A, Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Crédit Agricole Assurances S.A. - Società appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia, e viene distribuito da BANCO BPM in qualità di intermediario assicurativo. L'elenco delle filiali presso cui è disponibile il prodotto è pubblicato sul sito www.bancobpm.it. Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo disponibile presso le filiali della banca e sul sito www.piuvera.it

Vademecum in caso di imprevisto

Alcuni semplici consigli per esserti d'aiuto in questo momento.

HAI BISOGNO DI ASSISTENZA?



dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17.30
(dall'estero +39 0230548800)

per:

- avere assistenza nella denuncia e nella gestione del sinistro;
- conoscere le strutture e i medici convenzionati con Blue Assistance di PiùVera Assicurazioni;
- attivare la prenotazione del check up e delle prestazioni mediche o dentarie nei centri convenzionati con Blue Assistance di PiùVera Assicurazioni (pagamento diretto).

DEVI DENUNCIARE UN SINISTRO?

Pagamento Diretto

Check Up
Prestazioni Mediche
Prestazioni Dental

Cos'è

Se scegli per il pagamento diretto delle spese mediche, PiùVera Assicurazioni paga direttamente per te la struttura convenzionata. In questo modo non dovrai sostenere alcuna spesa!

Come fare

1. **Inserisci la richiesta di presa in carico diretta da App Mobile di Blue Assistance*/area riservata Blue Assistance accessibile dal sito www.blueassistance.it, oppure chiama il Numero Verde 800 767 888 (dall'Italia) oppure + 39 02 30548800 (dall'Estero)**
Per conoscere la Struttura Medica convenzionata o lo Studio Dentistico convenzionato con Blue Assistance di PiùVera.

Pagamento Indiretto

Rimborso Spese

Cos'è

Se decidi di rivolgerti ad un centro non convenzionato, le spese mediche che sostieni le paghi direttamente tu e poi chiederai il rimborso a PiùVera Assicurazioni. Una volta effettuata la visita, puoi presentare la richiesta di rimborso (N.B. vedi "cosa deve contenere la denuncia").

N.B. Ricordati che in caso di rimborso è previsto uno scoperto del 20% con il minimo di 50 € che diventa di 100 € per le prestazioni di alta diagnostica. Per il rimborso dei ticket sanitari e delle fatture per le prestazioni effettuate in regime di intramoenia non è previsto alcuno scoperto.

Pagamento Diretto

Check Up
Prestazioni Mediche
Prestazioni Dental

Se hai un medico di riferimento, verifica che anche il medico sia convenzionato con noi.

Se il medico da te scelto non è convenzionato, chiedi alla struttura di indicartene uno.

N.B.

Ricordati di tenere a portata di mano l'impegnativa del medico. L'impegnativa deve indicare chiaramente la diagnosi e il tipo di prestazione richiesta. Se devi fruire del **check up** comunica il pacchetto da te scelto.

- Se il centro convenzionato per il check up dista più di 25 km da casa tua, previa autorizzazione della Centrale Operativa, puoi scegliere quello che preferisci. In questo caso non sarà possibile il pagamento diretto e dovrai chiedere il rimborso delle spese sostenute con il massimo di 100 € in caso di check up base e di 160 € in caso di check up top.
- Per il pagamento diretto non è necessario inviare via mail la documentazione sanitaria.

2. Prenota l'appuntamento

presso il centro convenzionato con il medico scelto. In caso di **check up** comunica le prestazioni del pacchetto che desideri effettuare.

3. Attiva il pagamento diretto

- Almeno 7 giorni prima della visita inserisci in autonomia la richiesta sull'app/portale di Blue assistance oppure contatta il numero verde per comunicare clinica, data e ora dell'appuntamento. In caso di utilizzo dell'app/portale ti verrà richiesto di inserire l'impegnativa all'interno della richiesta. Tramite n. verde ti verrà fornito un indirizzo mail al quale inviare la prescrizione.
- Per il pacchetto Dental l'assistito si deve rivolgere direttamente al dentista/struttura convenzionato che provvederà direttamente a richiedere la presa in carico a Blue Assistance.

Pagamento Indiretto

Rimborso Spese

Come fare

Puoi scegliere:

- **area riservata Blue Assistance accessibile dal sito www.blueassistance.it**

Puoi richiedere il rimborso in autonomia dalla tua area riservata Blue Assistance.

Accedendo dal sito di Blue Assistance al sito www.blueassistance.it, seleziona la voce gestione richieste, nuova richiesta di rimborso, compilando i dati richiesti ad ogni step.

O in alternativa:

- **Posta:** indirizzo
Blue Assistance
Via San Dalmazzo, 20/A
10122 Torino

Cosa deve contenere la denuncia

Quando fai la denuncia ricordati di **allegare sempre** la seguente documentazione:

- l'impegnativa del medico con l'indicazione della diagnosi e del tipo di prestazione necessaria (N.B. la denuncia deve riportare esattamente la diagnosi e il tipo di prestazione indicata nella prescrizione);
- le fatture, le ricevute o gli scontrini di spesa pagati;
- le coordinate bancarie per l'accredito;
- in caso di ricovero la cartella clinica completa.

Pagamento Diretto

Check Up
Prestazioni Mediche
Prestazioni Dental

4. Attendi una conferma del pagamento diretto

Una volta accettata la richiesta di diretta ti verrà inviata la presa in carico via mail. La stessa presa in carico è visualizzabile all'interno dell'app/portale di Blue assistance per confermare la prenotazione e il pagamento diretto.

NB. Conserva la presa in carico ricevuta come conferma della prenotazione in caso di richiesta da parte del centro convenzionato scelto.

Pagamento Indiretto

Rimborso Spese

Se fai la denuncia via posta, oltre alla descrizione del sinistro, ricordati di indicare:

- numero di polizza sulla quale aprire il sinistro;
- nome e cognome dell'assicurato;
- recapito telefonico dell'assicurato;
- data della prestazione sanitaria o in caso di infortunio la data, il luogo accadimento.

Ricordati che potrai essere ricontattato dalla Compagnia per ulteriori informazioni o integrazioni.



PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – Cod. Fisc. e Num. di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 01979370036, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2388 del 09 Novembre 2005 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005 – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151. Appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n.057. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. – e facente parte del "Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia".

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Il prodotto assicurativo pubblicizzato è realizzato da PiùVera Assicurazioni S.p.A., Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Crédit Agricole Assurances S.A. – Società appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia, e viene distribuito da BANCO BPM in qualità di intermediario assicurativo. L'elenco delle filiali presso cui è disponibile il prodotto è pubblicato sul sito www.bancobpm.it. Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo disponibile presso le filiali della banca e sul sito www.piuvera.it

Set informativo

Il presente set informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale (DIP)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo)
- Condizioni di assicurazione comprensive di glossario e redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018
- Privacy

Edizione aggiornata al 02/2026

Polizza Malattia e Assistenza

Documento Informativo Precontrattuale (DIP)
relativo al Prodotto Assicurativo

Compagnia: PiùVera Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: SALUTEPIÙ BENESSERE – PERSONA

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela la salute delle persone assicurate in caso di malattia o infortunio e fornisce un sostegno al proprio patrimonio nel caso in cui venisse a mancare lo stato di benessere fisico e mentale per un periodo tale da comprometterne l'autosufficienza economica.



Che cosa è assicurato?

L'Impresa presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza.

Principali garanzie assicurabili:

- ✓ **Modulo PREVENZIONE:** è possibile scegliere tra due differenti offerte di check-up (BASE e TOP) al fine di diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia, e servizi digitali finalizzati a delineare un percorso di prevenzione personalizzato.

Modulo DIAGNOSI:

- ✓ **Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute in caso di visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico per: malattia, infortunio, gravidanza a rischio.

Modulo CURA:

- ✓ **Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute in seguito a ricovero o intervento chirurgico per: malattia, infortunio, parto.
- ✓ **Grandi interventi chirurgici:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute in seguito ad un grande intervento chirurgico per malattia o infortunio (se indicato nell'elenco degli interventi in allegato alla Polizza).
- ✓ **Malattie gravi:** corrisponde il capitale assicurato se all'Assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi o stato di coma indicati in Polizza;
- ✓ **Diaria da ricovero:** corrisponde all'Assicurato una diaria in caso di ricovero per: malattia, infortunio, parto.



Che cosa non è assicurato?

Principali rischi non assicurati:

- ✗ Infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami, e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;
- ✗ Le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto, ad eccezione:
 - ✗ della deviazione del setto, o della piramide, nasale, solo se resi necessari da infortunio, avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto, e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
 - ✗ gli interventi neonatali per la correzione di malformazioni congenite (nei primi 6 mesi di vita) se il neonato è assicurato dalla nascita o nato durante la vigenza della copertura della madre;
- ✗ Le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette, nonché i relativi postumi, di infortuni occorsi antecedentemente alla stipula del contratto;
- ✗ Le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
- ✗ L'aborto volontario non terapeutico;
- ✗ Il parto o le malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;
- ✗ Le prestazioni e le terapie determinate da malattie trasmesse sessualmente.

Modulo CONVALESCENZA:

- ✓ **Diaria da convalescenza:** corrisponde all'Assicurato una diaria in caso di convalescenza prescritta a seguito di ricovero per: malattia, infortunio, parto cesareo, aborto terapeutico, donazione di organi.
- ✓ **Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa:** prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute per trattamenti terapeutici e riabilitativi per infortunio o malattia, e la copertura di medicine e pratiche non convenzionali.
- ✓ **Assistenza:** presenti prestazioni di assistenza per far fronte a situazioni di urgenza.

Sono previste estensioni di garanzia sempre operanti e sono acquistabili garanzie aggiuntive (valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza).

Il prodotto ha natura modulare di contenuto variabile e il Contraente, in aggiunta ai moduli obbligatori (PREVENZIONE e CURA) può scegliere quali moduli opzionali acquistare tra DIAGNOSI e CONVALESCENZA.



Ci sono limitazioni alla copertura?

Principali limitazioni di garanzia:

- ! Esistono limiti di indennizzo, franchigie, scoperti specifici per singole garanzie.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ Le garanzie Salute (Modulo PREVENZIONE) hanno efficacia:
 - in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
- ✓ Le garanzie Salute (Modulo DIAGNOSI) hanno efficacia:
 - in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
 - all'estero per i casi di urgenza sanitaria;
- ✓ Le garanzie Salute (Moduli CURA, CONVALESCENZA) hanno efficacia:
 - in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano;
 - all'estero per interventi programmati e per necessità di cure;
- ✓ L'ambito di validità territoriale delle prestazioni di Assistenza viene riportata all'interno di ciascuna prestazione.



Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- L'Assicurato deve rispondere in modo preciso e veritiero alle domande previste dal questionario anamnestico.
- L'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori.
- L'eventuale sopravvenienza, in corso di contratto, di dipendenza da sostanze psicoattive, infezioni da HIV, dev'essere comunicata alla Società.



Quando e come devo pagare?

- Il premio è pagato anticipatamente e con rateazione indicata in Polizza.
- Il Contraente deve versare le rate di premio alle scadenze pattuite mediante addebito diretto sul conto corrente presso il Banco BPM a lui intestato, secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali dello stesso.
- L'estratto conto del conto corrente costituisce quietanza di pagamento.



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, salvo che in Polizza non sia prevista una decorrenza diversa.
- L'assicurazione ha la durata indicata nella Scheda di Polizza.
- Se alle scadenze convenute, il contraente non paga le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata di premio e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento di tutte le rate insolute.



Come posso disdire la polizza?

- Il contratto viene stipulato con clausola di tacito rinnovo. Alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno. Il Contraente o la Società possono evitare il rinnovo inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta.
- Inoltre, allo scadere di ciascuna rata di premio, anche mensile, il Contraente può recedere dal contratto con comunicazione scritta ricevuta dalla Società almeno 10 giorni prima della scadenza della rata di premio.
- Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata A.R. o posta elettronica certificata PEC con un preavviso di almeno 30 giorni.

Assicurazione Malattia e Assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Prodotto: SalutepiùBenessere Persona

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 02/2026 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

PiùVera Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano. Sito internet: www.piuvera.it; Email: info@piuvera-assicurazioni.it (per informazioni di carattere generale), sinistri@piuvera-assicurazioni.it (per informazioni relative alle liquidazioni); PEC: piuvera-assicurazioni@legalmail.it.

PiùVera Assicurazioni S.p.A. è una società per azioni appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritto all'Albo delle società capogruppo al n° 057), soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; PiùVera Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2388 del 09 novembre 2005.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad Euro 89.583 milioni ed il risultato economico di periodo è pari ad Euro 16.597 milioni.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 260%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.piuvera.it

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

La polizza prevede una Sezione Salute e una Sezione Assistenza, ciascuna delle quali prevede diversi Moduli. Nella **Sezione Salute**, all'interno del **Modulo Cura**, vi sono delle estensioni di garanzia sempre operanti, per le quali non è previsto il pagamento di alcun premio aggiuntivo.

La polizza per la **Sezione Salute** prevede delle opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo: (a) per il **Modulo Diagnosi**, Alta diagnostica; (b) per il **Modulo Cura**, (i) Riposo terapeutico domiciliare, (ii) Coma, Ictus, Infarto, Malattie oncologiche, Malattie rare, (iii) Dental; (c) per il **Modulo Convalescenza**, (i) Coma, Ictus, Infarto, Malattie oncologiche, Malattie rare, (ii) Prestazioni organizzative di servizio.

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni, si fa presente che le garanzie di polizza non operano per:

Sezione Salute: (i) la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza e le procedure per la fecondazione assistita; (ii) i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine; (iii) i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS o non effettuati da medici o parametrici abilitati all'esercizio dell'attività professionale; (iv) i farmaci non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici; (v) le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici; (vi) le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di interventi di chirurgia bariatrica nei casi di obesità di III grado e di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio; (vii) check-up di medicina preventiva; (viii) terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico e del paradonto, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale; (ix) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; (x) le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; (xi) gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale; (xii) le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari; (xiii) i ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza; (xiv) le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento; (xv) le protesi in genere, nonché l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici; (xvi) day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico; (xvii) le degenze dovute a necessità dell'Assicurato, in quanto permanentemente non autosufficiente, di assistenza di terzi per gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; (xviii) infortuni causati da: guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanza allucinogene, da azioni o comportamenti direttamente correlati ad epilessia e sintomi epilettoidi, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, Alzheimer, guida di veicoli o natanti, azioni delittuose (compiute o tentate), manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, pratica di sport pericolosi, sport con autoveicoli, motoveicoli, natanti a motore o motonautici, sport aerei compresi quelli definiti dalla legge come "apparecchi per il volo da diporto o sportivo", scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, motoslitta, guidoslitta, bob, arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti con cascate, rafting, sport "estremi" e/o riconosciuti come altamente pericolosi, body building/culturismo, sport esercitati professionalmente e/o relativi allenamenti, che comportino una remunerazione sia diretta che indiretta; (xix) infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza oppure durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione; (xx) prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza, anche se la malattia si è manifestata o l'infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia; (xxi) conseguenze di guerra o di guerra civile (dichiarata e non), insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, cui l'Assicurato ha preso parte attiva; (xxii) inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche; (xxiii) conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche; (xxiv) conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo; (xxv) malattie e infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana.

Sezione Assistenza: (i) dolo dell'Assicurato; (ii) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; (iii) le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio; (iv) suicidio o tentato suicidio; (v) infortuni derivanti dallo svolgimento di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti; (vi) espianto e/o trapianto di organi; (vii) ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto; (viii) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; (ix) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; (x) nei paesi in cui sia in vigore lo stato di guerra, dichiarata o di fatto.

Franchigie e Scoperti

Si precisa che per tutti i Moduli della Sezione Salute, in caso di ricorso ad un istituto di cura non convenzionato, se non preventivamente attivata la Centrale Operativa Blue Assistance, verrà applicato uno scoperto del 20% sui costi sostenuti, salvo che l'omissione sia dovuta a emergenza medica. Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Inoltre, salvo si tratti di una prestazione erogata in regime di intramoenia e/o dal servizio pubblico, verrà applicato uno scoperto del 20%: (i) sulle visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici di cui alla **Sezione Salute, Modulo Diagnosi**, nonché sull'opzione con pagamento di premio aggiuntivo Alta Diagnostica; (ii) sui ricoveri, interventi chirurgici (anche grandi), day hospital o day surgery di cui alla **Sezione Salute, Modulo Cura**; (iii) sui trattamenti fisioterapici, riabilitativi e di medicina alternativa di cui alla **Sezione Salute, Modulo Convalescenza**.

Per l'opzione con pagamento di premio aggiuntivo Dental, **Sezione Salute, Modulo Cura**, è applicato uno scoperto pari al 30%.

È previsto un periodo di carenza di 90 giorni dalla validità del Contratto per le malattie gravi (infarto con menomazione della funzionalità cardiaca, ictus con deficit neurologico permanente, insufficienza renale cronica, cancro, trapianto di organi, sclerosi multipla, demenza avanzata, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, coma di durata non inferiore a 4 giorni) per la **Sezione Salute, Modulo Cura, Let. C) Malattie Gravi**.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai soggetti correntisti di Banco BPM S.p.A., persone fisiche, di età inferiore agli 80 anni, che abbiano residenza e domicilio in Italia, interessate a tutelare se stessi e altre persone non appartenenti al nucleo familiare e che desiderano tutelarsi per i rischi di malattia o infortunio.



Quali costi devo sostenere?

Costi intermediazione: la quota parte media percepita dagli intermediari per Assistenza alla polizza Salute più Benessere Persona è pari al 20,00%. La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi lordi contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a: PiùVera Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Reclami – Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, email: reclami@piuvera-assicurazioni.it – pec: piuvera-assicurazioni@legalmail.it La Compagnia dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) (obbligatorio).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenza sulla determinazione dell'indennizzo, si potrà ricorrere a valutazione collegiale effettuata da tre medici, nominati dalle parti. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione delle procedure FIN-NET o della normativa applicabile.
--	--

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le imposte relative al presente contratto sono a carico del contraente e sono applicate sui premi imponibili secondo le norme in vigore alla data di incasso del premio. L'aliquota dell'imposta sulle assicurazioni in vigore al momento di pubblicazione del presente documento risulta pari a: - 2,50% per la sezione Salute; - 10,00% per la sezione Assistenza. La detraibilità dei premi avviene secondo la disciplina prevista dalla normativa vigente.
---	---

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di PiùVera al seguente link www.piuvera.it/oblio-oncologico .
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del Contratto di Assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a PiùVera o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi al seguente indirizzo mail info@piuvera-assicurazioni.it
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del Contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Glossario

5

Termini presenti nella Garanzia Malattie Gravi

11



Condizioni di Assicurazione

Norme comuni che regolano il contratto di assicurazione

14



Sezione 1 - Salute

Modulo Prevenzione

1. Cos'è assicurato	21
A) Servizi digitali legati al Modulo Prevenzione Salute più Benessere	21
Art. SPR1 Check-Up	21
Art. SPR2 Piattaforma QuraKare	24

Modulo Diagnosi

1. Cos'è assicurato	26
Art. SD1 Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici	26
2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio	27
Art. SD2 Alta diagnostica	27

Modulo Cura

1. Cos'è assicurato	29
A) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery	29
Art. SC1 Oggetto della garanzia	29
Art. SC2 Estensioni di garanzia sempre operanti - base	30
Art. SC3 Estensioni di garanzia sempre operanti - extra	31
B) Grandi interventi chirurgici	34
Art. SC4 Oggetto della garanzia	34
Art. SC5 Estensioni di garanzia sempre operanti - base	35
Art. SC6 Estensioni di garanzia sempre operanti - extra	36
C) Malattie gravi	38
Art. SC7 Oggetto della garanzia	38
Art. SC8 Carenza	38
Art. SC9 Periodo di riqualificazione e limitazione di garanzia dopo il primo sinistro	39
Art. SC10 Limitazione di garanzia dopo il secondo sinistro	39
D) Diaria da ricovero	39
Art. SC11 Oggetto della garanzia	39
Art. SC12 Estensioni di garanzia sempre operanti	41
2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio	41
Art. SC13 Riposo terapeutico domiciliare	41
Art. SC14 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare	42
Art. SC15 Dental	43

Modulo Convalescenza

1.	Cos'è assicurato	45
	Art. SP1 Diaria da convalescenza	45
	Art. SP2 Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa	46
2.	Opzioni aggiuntive con aumento del premio	46
	Art. SP3 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare	46
	Art. SP4 Prestazioni organizzative di servizio	47
3.	Cosa non è assicurato e limiti di copertura	49
	Art. ES1 Esclusioni	49



Sezione 2 - Assistenza

Art. AS1 Come attivare le prestazioni	51
---------------------------------------	----

Modulo Prevenzione

Cos'è assicurato	52
------------------	----

Modulo Diagnosi

Cos'è assicurato	55
------------------	----

Modulo Cura

Cos'è assicurato	59
------------------	----

Modulo Convalescenza

Cos'è assicurato	75
------------------	----

Condizioni di operatività

Cosa non è assicurato e limiti di copertura	88
---	----



Obblighi e interventi nei vari casi di sinistro “cosa fare in caso di...”

Sezione Salute: che obblighi ho?	89
----------------------------------	----

Sezione Assistenza: che obblighi ho?	96
--------------------------------------	----



Elenco grandi interventi chirurgici

98



Informativa in materia di Protezione dei dati personali

101

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti il contratto, le Parti attribuiscono il seguente significato:

ABORTO TERAPEUTICO

Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

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

ARBITRATO

L'Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

ASSICURATO

La persona fisica il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione. Si intendono come tali le persone fisiche singole o appartenenti al nucleo familiare del contraente persona fisica, oppure lavoratori, dirigenti, collaboratori, soci e associati nel caso di contraente persona giuridica o ente.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria struttura organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specifico diploma.

BLUE HEALTH CENTER S.R.L.

Struttura sanitaria autorizzata ai sensi dell'Autorizzazione N. 104/16 del 28.11.2023 rilasciata dal Comune di Torino – Direttore Sanitario dott.ssa Bonansone Valentina iscritta all'albo dei Medici di Torino dal 6 luglio, 1998 con numero di iscrizione 18326. Sede legale in Via Corte d'Appello n. 11 C.F. 12853460017 e P. IVA 11998320011, N. R.E.A. Torino N.1320986, società con un unico socio: Blue Assistance S.p.A. – società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della società Reale Mutua di Assicurazioni.

CARENZA

Il periodo di tempo, riferibile alla sola prima annualità assicurativa e immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale, avente natura di atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

La struttura che, per conto dell'Assicuratore, provvede alla gestione del Network e al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere al Network.

CENTRO MEDICO

Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Può trattarsi di persona fisica, persona giuridica o ente.

DANNO LIQUIDABILE

Il danno il cui ammontare viene determinato in base alle condizioni di assicurazione e applicando limiti e sottolimiti massimi di indennizzo/risarcimento, ma che non tiene ancora conto di franchigie e scoperti eventualmente previsti.

DAY HOSPITAL

La degenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche non comportante intervento chirurgico, documentata da cartella clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera). Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

DAY SURGERY

La permanenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) comportante intervento chirurgico, documentata da cartella clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera).

DIFETTO FISICO

La mancanza di un organo o l'imperfezione di un organo o di un apparato per condizioni morbose o traumatiche acquisite, anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

DURATA

Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla Scheda di Polizza.

EMERGENZA

Una situazione patologica insorta improvvisamente, per malattia o infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

EUROPA (RELATIVAMENTE ALLA SEZIONE ASSISTENZA)

Tutti i paesi del continente europeo sino agli Urali.

FOUNDATION MEDICINE

Azienda facente parte del gruppo Hoffmann-La Roche per la quale Roche distribuisce i servizi di Profilazione genomica descritti di seguito al di fuori degli Stati Uniti d'America.

FOUNDATIONONE CDX E FOUNDATIONONE LIQUID CDX

Test di profilazione genomica finalizzati alla caratterizzazione delle malattie oncologiche, che applicano soluzioni innovative nel campo della medicina onco-ematologica per individuare le mutazioni del DNA responsabili della crescita dei tumori, con l'obiettivo di ottenere informazioni che possono aiutare i medici a selezionare opzioni e strategie di trattamento mirate e personalizzate per ciascun paziente in base alle mutazioni eventualmente presenti nel suo tumore. FoundationOneCDx (l'analisi viene eseguita su un campione di tessuto) e FoundationOne Liquid CDx (l'analisi viene eseguita su un campione di sangue intero) offrono un'analisi ampia di profilazione genomica tumorale, utilizzando tecnologie NGS (Next Generation Sequencing), dall'estrazione del DNA dal campione, all'analisi dei risultati, fornendo al medico richiedente un referto, contenente le informazioni sulle mutazioni genomiche rilevate, associate alle possibili terapie disponibili ed in studio supportate da un dettagliato elenco bibliografico di pubblicazioni scientifiche. In quanto servizio di test a fronte di una patologia già diagnosticata, lo stesso si offre come supporto specialistico per la cura del cliente e non implica alcuna conseguente diretta prestazione di cura, che dovrà invece essere successivamente definita e concordata tra il cliente ed i medici che lo hanno in cura.

FRANCHIGIA

La parte di danno liquidabile espressa in cifra fissa o in numero di giorni che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Interventi chirurgici elencati alla tabella "Grandi interventi chirurgici".

IMAGING (ESAMI DI)

Generico processo attraverso il quale è possibile osservare un'area di un organismo non visibile dall'esterno; sono tecniche di imaging, ad esempio, ecografia, radiografia, angiografia, mammografia e scintigrafia.

INABILITÀ TEMPORANEA

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie assicurate.

INDENNITÀ/INDENNIZZO

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INSORGENZA

L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante – mediante cruentazione dei tessuti avvenuta con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

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;
- i punti di sutura;
- le biopsie.

INTRAMOENIA

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale della Repubblica Italiana, l'attività cosiddetta "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

ISTITUTO DI CURA

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza (RSA), per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

IVASS

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n. 209).

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della decorrenza dell'assicurazione e che comunque non sia una manifestazione, se pur improvvisa, di una malattia preesistente nota all'Assicurato.

MALATTIA RARA

Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone. Ai fini del presente contratto si prende a riferimento l'elenco contenuto nel testo integrale del DPCM 12/1/2017, allegato 7 e successive modifiche.

MANIFESTAZIONE

Sintomatologia oggettiva della malattia.

MASSIMALE

La somma, stabilita nel contratto, fino alla quale la Società presta le garanzie in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

MASSIMALE PER ANNO

La somma massima liquidabile dalla Società per i sinistri insorti nello stesso anno assicurativo, anche se denunciati in momenti diversi.

MONDO

Tutti i Paesi del mondo, salvo quanto eventualmente specificatamente escluso e normato nelle sezioni specifiche.

PARENTELA DI PRIMO GRADO

La parentela è il vincolo che unisce le persone che discendono dalla stessa persona o, come il codice civile afferma, dallo stesso stipite (art. 74 del codice civile). La parentela di primo grado è quella che lega tra loro un genitore con un figlio/a.

PARTI

Il Contraente e la Società.

PERITO

L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

POLIZZA

L'insieme dei documenti che provano l'esistenza del contratto di assicurazione.

PIATTAFORMA QURAKARE

Portale web per la fruizione dei servizi digitali associati alla Polizza Salute più Benessere. La piattaforma prevede un sito internet dedicato: www.qurakare.com.

PREMIO

La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate e che forma parte integrante della Polizza. Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio, è fatto salvo il diritto all'oblio oncologico. Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DIGITALE

Questionario anamnestico digitale da effettuare sul Portale QuraKare per l'elaborazione di un percorso di cura **personalizzato, consigliato da un medico della piattaforma**.

RECUPERO DEL CARICO

A seguito di un evento traumatico, si intende la fase che intercorre tra il divieto di concedere il carico, cioè l'appoggio del peso del corpo sull'arto lesa (l'appoggio dell'arto a terra con conseguente stimolo gravitazionale), a prescindere dalla presenza o meno di un apparecchio immobilizzante, a una seconda fase di carico in cui si può appoggiare a terra l'arto, per facilitare la formazione del callo osseo.

RETE INTERNAZIONALE

La rete di strutture sanitarie convenzionate con Europe Assistance S.p.A. ed operanti sul territorio internazionale presso le quali l'Assicurato, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società, può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla Polizza ed il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società. L'elenco delle strutture mediche convenzionate è visibile sul sito istituzionale della Società.

RETTA DI DEGENZA

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

RICOVERO

La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento), il day hospital e il day surgery.

RIMBORSO

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il sinistro.

SCOPERTO

La parte di danno liquidabile espressa in misura percentuale che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia. Nelle garanzie "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", "Alta diagnostica", "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", "Grandi interventi chirurgici", "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche e malattie rare", "Dental", "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi", "Prestazioni organizzative di servizio", il termine sinistro indica il sorgere di un debito in capo all'Assicurato per spese sanitarie relative a prestazioni rese necessarie successivamente alla conclusione del contratto e conseguenti a malattia, infortunio o parto. Nella garanzia "Diaria da ricovero" il termine sinistro indica il ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura reso necessario successivamente alla conclusione del contratto e conseguente a malattia, infortunio o parto. Nella garanzia "Malattie gravi", il termine sinistro indica il verificarsi di una patologia o stato di coma indennizzabile ai sensi della garanzia. Nella garanzia "Diaria da convalescenza", il termine sinistro indica i giorni di convalescenza prescritti dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato, successivi ad un ricovero in copertura. Nella garanzia Assistenza, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

SOCIETÀ

Si intende per definizione e in qualunque circostanza PiùVera Assicurazioni con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano (Italia).

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 - Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE (IN ITALIA)

Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con Blue Assistance, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Compagnia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali. L'elenco delle strutture mediche convenzionate è visibile all'interno dell'app/portale di Blue Assistance.

TELECONSULTO MEDICO

Consulto telefonico con un medico di medicina generale.

TELEVISITE CON MEDICO GENERICO “TUO DOTTORE”

Medico generico disponibile, previa prenotazione, in televisita H24, 7/7, che orienta il paziente rispetto al miglior percorso di cura.

TERAPIA INTENSIVA

Si intende il reparto ospedaliero dove vengono garantite cure intense a pazienti con particolari stati di salute di media o alta gravità per i quali si rende necessario un supporto per mantenere l'equilibrio delle funzioni vitali.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

UBRIACHEZZA

Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

URGENZA

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia che comporta un ricovero o un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

URGENZA SANITARIA ALL'ESTERO

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia, non prevedibile prima del viaggio all'estero che richieda, nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono inoltre considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina

Termini presenti nella Garanzia Malattie Gravi

Malattie gravi o stato di coma

Sono considerate malattie gravi i seguenti stati o malattie:

- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica
- Trapianto di organi;
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer).

Ai fini della garanzia di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie Gravi", le definizioni di malattie gravi sono le seguenti:

CANCRO (ESCLUSI I CASI MENO AVANZATI)

1. Si tratta di patologia caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne, con invasione e distruzione del tessuto circostante. La diagnosi deve essere confermata con esami istologici o citologici (in caso di tumori sistemici).
2. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse le seguenti forme di tumore maligno:
 - a. Carcinoma in situ
 - b. Tumori maligni della pelle, eccetto il melanoma maligno con infiltrazione oltre l'epidermide
 - c. Tumori maligni della prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - d. Carcinomi papillari della tiroide di dimensioni inferiori a 2 cm, a meno che non presentino infiltrazioni nei linfonodi o metastasi a distanza
 - e. Ogni patologia maligna del sangue, del midollo osseo, dei linfonodi che non richieda trasfusioni ematiche ricorrenti, chemioterapia sistemica, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo, trapianto di cellule staminali, altre rilevanti terapie d'intervento
6. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di cancro le seguenti patologie o condizioni cliniche:
 - a. pre-maligne
 - b. non-invasive
 - c. con potenziale maligno di basso livello
 - d. displasie cervicali CIN-1, CIN-2, CIN-3.

INFARTO DEL MIOCARDIO (CON MENOMAZIONE DELLA FUNZIONALITÀ CARDIACA)

1. Si intende la necrosi (perdita di ogni funzione vitale) di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna a causa della occlusione delle arterie coronarie. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
 - a. Dolore tipico suggestivo di infarto miocardico
 - b. ECG con alterazioni del tracciato indicative di infarto miocardico in atto
 - c. Riconcontro di incremento di Troponina cardiaca T o I, oppure degli enzimi cardiaci, incluso CKMB, oltre ai
 - d. parametri di laboratorio generalmente accettati suggestivi di infarto miocardico
 - e. Comprovata riduzione permanente della frazione di eiezione ventricolare sinistra al di sotto di 50%, a
 - f. causa di infarto miocardico, misurata non prima di un mese dopo l'infarto.
7. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di infarto del miocardio le seguenti condizioni:
 - a. Eventi che non sono stati confermati come infarto del miocardio da un cardiologo o da un medico.
 - b. Infarti del miocardio di epoca indeterminata
 - c. Rialzi dei biomarcatori causati direttamente da procedure cliniche intra-arteriose, inclusa, ma non limitata a, la angiografia coronarica e l'angioplastica coronarica.

ICTUS (CON DEFICIT NEUROLOGICO PERMANENTE)

1. Si intende la necrosi di tessuto cerebrale o spinale, in un'area limitata, causata da emorragia non traumatica
SalutepiùBenessere Formula Persona Condizioni di assicurazione 10 di 83 Edizione 06/2024 o ischemia all'interno

- dell'encefalo o del midollo spinale, che comporti un deficit neurologico grave, permanente, irreversibile;
- 2. La diagnosi deve essere supportata da referti strumentali di imaging (ad esempio: TAC, RMN o altri analoghi) che comprovi la relazione tra la nuova menomazione neurologica e la nuova lesione cerebrale o midollare;
- 3. La valutazione del deficit neurologico permanente ed irreversibile deve essere effettuata non prima di 3 mesi dalla data dell'evento;
- 4. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di ictus le seguenti condizioni:
 - a. Attacchi ischemici transitori (TIA)
 - b. Ictus di epoca indeterminata
 - c. Diagnosi di ictus basata solo su biomarcatori
 - d. Ictus che colpisce solo la funzione olfattiva o vestibolare oppure l'occhio.

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

- 1. Si intende l'insufficienza cronica ed irreversibile di entrambi i reni in cui è stata iniziata una dialisi regolare che si è protratta nel tempo o è stato effettuato un trapianto di reni;
- 2. La diagnosi deve essere confermata da un nefrologo;
- 3. Il sinistro è indennizzabile una volta iniziata la dialisi che si è protratta nel tempo o effettuato il trapianto di rene.

TRAPIANTO DI ORGANI

- 1. Si intende il trapianto da essere umano a essere umano di cuore, polmone, pancreas o almeno un intero lobo del fegato, da un donatore all'Assicurato;
- 2. È escluso dalla copertura assicurativa il trapianto autologo e quello di ogni altro organo non elencato sopra, di parti di organi (con l'eccezione del lobo del fegato), di tessuti o cellule;
- 3. È escluso il trapianto di reni (vedi Insufficienza renale cronica).

COMA (DI DURATA NON INFERIORE A 4 GIORNI)

- 1. Si intende lo stato di perdita di coscienza con assenza di reazione a stimoli esterni o bisogni interni, che perdura in modo continuativo per almeno 96 ore e che richiede l'utilizzo del sistema di supporto vitale;
- 2. La prescrizione per il coma artificiale deve essere confermata da un medico specialista qualificato;
- 3. La prestazione è pagabile anche nel caso di coma senza sistema di supporto vitale della durata di almeno due mesi.

MALATTIA DEL MOTONEURONE (DI DETERMINATA GRAVITÀ)

- 1. Si intende un gruppo di patologie caratterizzato dalla degenerazione progressiva delle cellule cerebrali che controllano l'attività della muscolatura. Sono incluse la atrofia muscolare spinale, la paralisi bulbare progressiva, la sclerosi laterale amiotrofica, la paralisi pseudobulbare, la sclerosi laterale primaria;
- 2. Suddette patologie devono risultare in un deficit neurologico che causa l'inabilità permanente e irreversibile per l'Assicurato di adempiere almeno una delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living" ADL) come descritte in coda al Glossario.

SCLEROSI MULTIPLA (DI DETERMINATA GRAVITÀ)

- 1. Si intende la malattia cronica infiammatoria del sistema nervoso centrale con almeno un'area di demielinizzazione (placca o lesione) nel cervello o nel midollo spinale, evidenziata tramite esami strumentali di imaging, come TAC oppure RM;
- 2. La sclerosi multipla deve aver causato una menomazione neurologica permanente ed irreversibile che corrisponda al valore di 5 della "Expanded Disability Status Scale" EDSS (anno 2016);
- 3. La diagnosi di sclerosi multipla deve essere confermata da un neurologo.

MORBO DI PARKINSON (DI DETERMINATA GRAVITÀ)

- 1. Si intende la malattia lentamente progressiva e degenerativa del sistema nervoso centrale implicante la degenerazione dei neuroni in una regione del cervello che causa la riduzione del livello di dopamina in alcune parti del cervello stesso.
- 2. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
 - a. La malattia è in progressione.
 - b. La malattia risulta in un deficit neurologico che causa l'inabilità permanente e irreversibile per l'Assicurato di adempiere almeno una delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living" ADL) come descritte in coda al Glossario.
 - c. La diagnosi di morbo di Parkinson idiopatico deve venir confermata da un neurologo, con esclusione SalutepiùBenessere Formula Persona Condizioni di assicurazione 11 di 83 Edizione 06/2024 esplicita di ogni altra diagnosi differenziale.
- 4. Sono esclusi il parkinsonismo o la sintomatologia tipo Parkinson secondari ad abuso di droghe o alcol.

DEMENZA AVANZATA (INCLUSA LA MALATTIA DI ALZHEIMER)

- 1. Deterioramento o perdita della capacità intellettiva e/o comportamento anormale, come da diagnosi formulata ed accertata

dallo specialista neurologo. La diagnosi di Morbo di Alzheimer deve essere evidenziata dallo stato clinico, dalle risposte dei questionari e dai tests relativi al Morbo di Alzheimer o disturbi neurologici organici degenerativi irreversibili. La malattia deve risultare da una significativa riduzione delle funzioni sia mentali che sociali, richiedendo così continua supervisione ed assistenza dell'assicurando. La diagnosi va fatta prima dei 60 anni di età dell'Assicurato. Sono escluse le nevrosi ed i disturbi psichiatrici.

2. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:

a. L'Assicurato, a seguito della patologia, non è più abile, in modo permanente e irreversibile:

- i. Di eseguire almeno tre delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living", ADL) quali descritte in coda al Glossario, oppure
- ii. Di ottenere un punteggio superiore a 9 nel "Mini-Mental State Examination" (MMSE) oppure un risultato equivalente in un altro test riconosciuto per misurare la gravità del deficit cognitivo, oppure
- iii. Di vivere senza il controllo continuativo di un terzo, al fine di evitare di recare danni significativi a sé stesso o ad altri tramite le sue azioni o mancanza di reazioni appropriate.

b. La valutazione del sinistro deve essere supportata da documentazione comprovante lo stato di demenza e deve includere le procedure e misurazioni considerate standard al momento della diagnosi del deficit cognitivo.

c. La diagnosi deve essere posta da un esperto di deficit cognitivo

4. Sono esclusi dalla copertura gli altri disturbi della salute mentale (ad esempio: disturbo affettivo) o patologie secondarie ad abuso di droghe o alcol.

Attività della vita quotidiana ("Activities of Daily Living – ADL")

Si assumono altresì per Attività della Vita Quotidiana ("activities of daily living – ADL") le seguenti definizioni:

Muoversi

L'abilità di muoversi da stanza a stanza su superficie piana all'interno della propria abitazione, se necessario con ausili appropriati, quali un deambulatore, un bastone, eccetera.

• **Lavarsi**

L'abilità di lavarsi con qualsiasi mezzo, mantenendo un ragionevole livello di pulizia personale, se necessario con ausili appropriati, quali corrimani o dispositivi di aiuto per fare il bagno.

• **Vestirsi**

L'abilità di indossare, togliere, allacciare, slacciare ogni indumento necessario ed eventualmente ogni arto artificiale o dispositivo medico necessario.

• **Alimentarsi**

L'abilità di assumere cibo o bevande già preparati e resi disponibili, se necessario con ausili appropriati.

• **Trasferirsi**

L'abilità di mettersi o alzarsi da letto, dalla sedia o da una sedia a rotelle.

• **Continenza**

L'abilità di controllare la funzionalità dell'intestino o della vescica, se necessario con l'utilizzo di indumenti protettivi o dispositivi medici (inclusi il catetere o la sacca per la colostomia), in modo da mantenere un ragionevole livello di igiene personale.

Periodo di riqualificazione

Periodo di inoperatività della copertura assicurativa che decorre dalla diagnosi della malattia grave o stato di coma, di durata pari a 6 mesi.

Condizioni di Assicurazione

Per informazioni generali sulla Polizza telefonare:

Numero verde 800.055.177 (per l'Italia)
Linea Urbana +39 02. 30548801 (per l'Estero)

Contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì
dalle ore 08:00 alle ore 18:00

Norme comuni che regolano il contratto di assicurazione

Art. CG1 Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata nella Scheda di Polizza.

Art. CG2 Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

DA QUANDO HA EFFETTO L'ASSICURAZIONE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio, a meno che all'interno delle Sezioni e singole garanzie acquistate non sia prevista una diversa decorrenza.

Si precisa che:

- per le conseguenze di malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Anamnestico ed eccezionalmente accettate dalla Società, in deroga a quanto previsto dall'art. ES1 "Esclusioni", l'assicurazione ha effetto dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;
- relativamente alla garanzia di cui all'art. SC15 "Dental", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;
- relativamente alla garanzia di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio.

Se il contratto viene emesso in sostituzione di altra Polizza, senza soluzione di continuità, i termini sopraindicati decorrono esclusivamente per eventuali nuovi Assicurati e/o nuove prestazioni.

Il premio è pagato anticipatamente e con rateazione indicata in polizza.

Il contraente deve versare le rate di premio alle scadenze pattuite mediante addebito diretto sul conto corrente presso il Banco BPM S.p.A. a lui intestato, secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali dello stesso.

L'estratto conto del conto corrente costituisce quietanza di pagamento.

Se alle scadenze convenute, il contraente non paga le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata di premio e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento di tutte le rate insolute.

Se il contraente non adempie agli obblighi relativi al pagamento del premio, la Società non sarà obbligata a corrispondere nessun indennizzo in caso di sinistro e il contratto verrà risolto di diritto nel termine di sei mesi dal giorno in cui la prima rata di premio insoluta è scaduta. L'importo di premio indicato in polizza è comprensivo delle eventuali provvigioni riconosciute dalla Società all'Intermediario.

Art. CG3 Proroga del contratto – Disdetta del contratto poliennale

Il contratto viene stipulato con clausola di tacito rinnovo. Con il tacito rinnovo, alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno, a prescindere dalla durata originaria del contratto. Il Contraente o la Società possono evitare il rinnovo inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta.

La disdetta deve essere comunicata all'altra parte:

- mediante Raccomandata o posta elettronica, come indicato all'art. CG19 "Comunicazioni"
- inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

Inoltre, allo scadere di ciascuna rata di premio, anche mensile, il Contraente può recedere dal contratto con comunicazione scritta ricevuta dalla Società almeno 10 giorni prima della scadenza della rata di premio:

- inoltrata mediante lettera raccomandata A.R. all'indirizzo indicato all'art. CG19 "Comunicazioni";
- oppure rivolgendosi presso la filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta la Polizza, firmando apposita documentazione;
- oppure tramite mail come indicato all'art. CG19 "Comunicazioni".

Si precisa che il recesso mensile da parte del Contraente, nel corso della prima annualità, è ammesso solo in assenza di sinistri.



NOTA BENE

In occasione del rinnovo automatico del contratto per le garanzie "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", "Alta diagnostica", "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", "Grandi interventi chirurgici", "Malattie gravi", "Diaria da ricovero", "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" (Modulo CURA), "Riposo terapeutico domiciliare", "Diaria da convalescenza", "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare" (Modulo CONVALESCENZA), "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa", "Prestazioni organizzative di servizio" il premio viene ricalcolato in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.

Art. CG4 Modifica delle condizioni di assicurazione e/o di tariffa e rinnovo del contratto

La Società ha la facoltà di modificare le Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa al momento del rinnovo del contratto.

In tal caso:

COMUNICAZIONI DOVUTE

Entro 60 giorni dalla scadenza contrattuale, la Società comunicherà al Contraente tramite raccomandata A.R. la possibilità di prendere visione delle nuove condizioni presso la filiale dell'Intermediario al quale è stato assegnato il contratto.

MODALITÀ DI RINNOVO

Il Contraente, **dopo aver preso visione** delle nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa, può accettarle con comunicazione scritta entro la scadenza contrattuale. In tal caso il contratto si rinnova alle nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa e il premio dovrà essere pagato entro 15 giorni dalla scadenza contrattuale.

Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà disdetto e quindi risolto a detta scadenza.



NOTA BENE

Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo 15 giorni dalla scadenza contrattuale, la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Art. CG5 Recesso per ripensamento

Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, entro 14 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa il contraente può recedere dal contratto e ricevere in restituzione il premio pagato e non goduto al netto delle imposte.

Per avvalersi di questo diritto, il contraente dovrà comunicare la sua decisione di recedere dal contratto e la Società provvederà a rimborsare il Contraente.

Il premio da rimborsare viene determinato secondo la seguente formula:

$R = P * GR/D$ Dove:

R = premio da rimborsare

P = premio imponibile (al netto delle imposte)

GR = giorni residui di copertura

D = durata totale (in giorni) della copertura.

Articolo applicabile esclusivamente a contratti promossi e collocati con tecniche di vendita a distanza (regolamento IVASS ex ISVAP n. regolamento 40/2018 e codice del consumo).

Art. CG6 Validità territoriale

La copertura presenta la seguente validità territoriale:

- **le prestazioni del Modulo PREVENZIONE**, inclusa la prevenzione presente all'interno della garanzia "Dental" di cui all'art. SC15 (se acquistata), possono essere effettuate **solo in Italia e presso i centri convenzionati della rete Blue Assistance**;
- **per il Modulo DIAGNOSI** è valida in **Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano**. Per i casi di **urgenza sanitaria** che si verificano durante la permanenza dell'Assicurato all'estero, la copertura è operante in tutto il mondo;
- **per i Moduli CURA e CONVALESCENZA** è valida in tutto il mondo.

La validità della copertura all'estero è prevista nei seguenti casi:

a) Ricorso alle cliniche estere per interventi programmati

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché:

- gli istituti di cura siano convenzionati con la Società, e
- previo contatto con la Centrale Operativa Blue Assistance e **autorizzazione a procedere** da quest'ultima rilasciata.

La copertura non è quindi operante se l'istituto di cura non è convenzionato o, seppur convenzionato, se l'Assicurato non ha preventivamente ricevuto autorizzazione dalla Centrale Operativa Blue Assistance. Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non sono coperti dalla presente Polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'Usl di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'Assicurato anche se l'istituto di cura non dovesse essere con essa convenzionato.

Di seguito, schema riepilogativo di validità della copertura suddetta.

MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELLE GARANZIE ALL'ESTERO		INTERVENTI PROGRAMMATI ALL'ESTERO
Preventivo contatto con Centrale Operativa Blue Assistance	Istituto di cura e/o equipe convenzionati	Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%)
	Istituto di cura convenzionato + equipe non convenzionata	• Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%) per l'istituto di cura convenzionato • Nessun rimborso per l'equipe non convenzionata
	Istituto di cura e/o equipe non convenzionati	Nessun rimborso.
NO preventivo contatto con Centrale Operativa Blue Assistance	Istituto di cura e/o equipe convenzionati o non convenzionati	• Nessun rimborso. • Nel caso in cui il ricovero all'estero avvenga con l'autorizzazione e la partecipazione al costo da parte del SSN, rimborso del 100% della parte non pagata dal SSN.

b) Necessità di cure se l'Assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza

Se l'Assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno di una delle prestazioni di cui ai Moduli operanti anche all'estero, la Società offrirà la copertura:

- presso gli istituti di cura che siano convenzionati con la Società, e
- previo contatto con la Centrale Operativa Blue Assistance e **autorizzazione a procedere** da quest'ultima rilasciata.

Se non viene preventivamente attivata la Centrale Operativa Blue Assistance e/o si utilizza un istituto di cura non convenzionato con la Società, **verrà applicato uno scoperto del 20% sui costi sostenuti**. Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la Centrale Operativa Blue Assistance per ricorrere all'istituto di cura convenzionato non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

Per le sole prestazioni di cui all'art. SC15 "Dental" CURA lettera a), se acquistate e indicate nella Scheda di Polizza, si applicherà uno scoperto pari al 30%.

La copertura è operativa fino a **30 giorni di permanenza continuativa all'estero**. Oltre tale termine, la copertura non è in ogni caso operante all'estero.

Di seguito, schema riepilogativo di validità della copertura suddetta.

MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DELLE GARANZIE ALL'ESTERO		NECESSITÀ DI CURE	
Preventivo contatto con Centrale Operativa Blue Assistance	Istituto di cura e/o equipe convenzionati	Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte della Società al 100%)	
	Istituto di cura convenzionato + equipe non convenzionata	• Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto dell'istituto di cura da parte della Società al 100%). • Rimborso con applicazione dello scoperto solo per l'equipe non convenzionata.	
	Istituto di cura e/o equipe non convenzionati	Rimborso con applicazione dello scoperto.	
NO preventivo contatto con Centrale Operativa Blue Assistance	Istituto di cura e/o equipe convenzionati o non convenzionati	Non urgente	Urgente
		Rimborso con scoperto	Rimborso 100%

Si precisa che i centri convenzionati all'estero sono quelli della Rete Internazionale.

Art. CG7 Cessazione della copertura per l'Assicurato

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- infezioni da HIV;

determina la immediata ed automatica cessazione dell'operatività delle prestazioni oggetto del contratto per il soggetto colpito. L'Assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza alla Società ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, l'operatività delle garanzie rimane inalterata per gli altri soggetti così come il corrispondente premio pattuito (al netto del premio relativo all'Assicurato non più in copertura).

Art. CG8 Limiti di età

Ciascun Assicurato può rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al **compimento dell'80° anno di età**.

Per le garanzie di cui all'Art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi" l'Assicurato dovrà in ogni caso aver compiuto il 18° anno di età al momento della sottoscrizione del Contratto e potrà rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al **compimento del 70° anno di età**; per la sola malattia grave "Demenza avanzata (inclusa la malattia di

Alzheimer)” tale limite è fissato al compimento del 60° anno, età entro cui deve essere anche formulata la diagnosi. Oltre il limite di età di 70 anni la garanzia “Malattie Gravi” non è più operante ed in occasione del primo rinnovo contrattuale successivo al compimento del 70° anno di età la Società provvederà ad emettere un’appendice di variazione contrattuale che rimuova la copertura e ricalcoli il nuovo premio sulla base delle prestazioni che rimangono operanti.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, nel momento in cui uno di essi dovesse superare il limite di età previsto, le garanzie di Polizza per questo Assicurato cessano di efficacia a partire dalla prima successiva scadenza annuale di contratto; la Società provvede ad emettere un’appendice di variazione contrattuale che escluda l’Assicurato dalla copertura e ricalcoli il nuovo premio per gli Assicurati che mantengono le prestazioni previste dal contratto.

Art. CG9 Recesso in caso di sinistro

In caso di sinistro:

- la Società rinuncia alla facoltà di recesso;
- il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto **entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell’indennizzo.**

Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata A.R. o posta elettronica certificata PEC, come indicato all’art. CG19 “Comunicazioni”, con un preavviso di almeno 30 giorni e ha effetto:

- nel caso di rateazione mensile: dalla prima rata di premio successiva al termine dei 30 giorni suddetti;
- nel caso di rateazione annuale: dal trentesimo giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di cessazione degli effetti del contratto, la parte di premio non goduta, calcolata sulla base di quanto previsto all’art. CG10 “Premio pagato e non goduto”.

Art. CG10 Premio pagato e non goduto

Nelle circostanze previste da contratto, potrebbe verificarsi il caso che la Società debba restituire al Contraente o all’Assicurato una parte del premio, quando risulti pagato ma non goduto per la durata totale della copertura.

L’importo da rimborsare verrà determinato secondo la formula:

$$R = P \cdot GR / D$$

Dove:

R = premio da rimborsare.

P = premio imponibile (al netto delle imposte).

GR = giorni residui di copertura.

D = durata totale (in giorni) della copertura.



ESEMPIO

Polizza stipulata con durata annuale e tacito rinnovo con decorrenza dalle ore 24 del 31 dicembre 2018.

Scadenza della prossima rata di premio alle ore 24 del 31 dicembre 2019.

Premio finito pagato al momento della sottoscrizione della Polizza: 2.050 euro.

Aliquota di imposta applicata: 2,50%.

A seguito di recesso per sinistro da parte del Contraente la Società annulla il contratto a decorrere dalle ore 24 del 31 luglio 2019.

Al Contraente verrà rimborsata la parte del premio pagato e non goduto di 838,36 euro così calcolato:

$P = \text{Premio finito} / 1,025 = 2.050 \text{ euro} / 1,025 = 2.000 \text{ euro}.$

$GR = \text{Numero di giorni dalle ore 24 del 31 luglio 2019 alle ore 24 del 31 dicembre 2019} = 153.$

$D = 365 \text{ giorni}.$

$R = P \cdot GR / D = 2.000 \text{ euro} \cdot 153 / 365 = 838,36 \text{ euro}.$

Art. CG11 Altre assicurazioni

L'Assicurato **deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori**, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale dell'indennizzo.

Art. CG12 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile, è fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Art. CG13 Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto.

Art. CG14 Oneri fiscali

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendente, restano a carico del Contraente.

Art. CG15 Foro competente

Foro competente a scelta della parte attrice (cioè di chi promuove il contenzioso) è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, oppure quello del luogo ove ha sede la filiale dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza.

Qualora l'Assicurato sia un consumatore ex art. 3 comma 1 lettera a) D. Lgs. 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

Art. CG16 Modifiche dei fornitori delle prestazioni previste nel prodotto

I cambiamenti delle Società che forniscono i servizi di convenzionamento, Assistenza e altri servizi presenti nel contratto in oggetto non influiscono sulla validità ed efficacia della presente Polizza.

Art. CG17 Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

Art. CG18 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quello che non è regolato dal contratto, si applicano le norme di legge vigenti in Italia.

Art. CG18.1 Sanzioni Internazionali

La Compagnia, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (C.A.S.A.), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle Sanzioni Internazionali definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad Embargo o Asset Freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e

il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti. In osservanza alle direttive di CA.S.A., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente Contratto assicurativo se tale pagamento viola queste misure.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere informazioni e documentazione per verificare la conformità alle Sanzioni Internazionali. Fino a quando non sarà fornita prova soddisfacente dell'assenza di violazioni, la Compagnia potrà sospendere operazioni, rifiutare pagamenti o bloccare fondi, senza responsabilità, penalità o indennizzo per eventuali ritardi o sospensioni.

Dichiarazioni e Obblighi del Cliente

Il Cliente dichiara e garantisce che, per tutta la durata del contratto, né esso né, per quanto di sua conoscenza, alcuna delle sue controllate, amministratori, dirigenti, dipendenti, agenti o rappresentanti:

- siano una Persona Sanzionata;
- siano posseduti o controllati da una Persona Sanzionata;
- siano situati, residenti ovvero con sede legale in un Paese Sanzionato;
- siano coinvolti in attività con una Persona Sanzionata o con soggetti situati in un Paese Sanzionato.
- abbiano ricevuto fondi o altri beni da una Persona Sanzionata.

Il Cliente si impegna a notificare tempestivamente la Compagnia di qualsiasi circostanza che possa rendere inaccurata o non veritiera la suddetta dichiarazione. Inoltre, garantisce che non utilizzerà, direttamente o indirettamente, alcun provento derivante dal Contratto per finanziare, agevolare o sostenere attività con Persone Sanzionate o soggetti situati in Paesi Sanzionati, né effettuerà pagamenti con fondi di provenienza non conforme alle Sanzioni Internazionali.

Art. CG19 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni dell'Assicurato/Contraente alla Società possono essere fatte telefonando a:

Numero Verde 800 055 177
dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00
oppure dall'estero
+39 02 30548801

Inviando mail a

info@piuvera-assicurazioni.it
oppure
piuvera-assicurazioni@legalmail.it

per la posta elettronica certificata o inviando una raccomandata a

PiùVera Assicurazioni S.p.A.
Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano

Qualsiasi richiesta del contraente sulle garanzie offerte dalla presente polizza può essere fatta direttamente a questi recapiti.



Sezione Salute

Negli articoli seguenti sono descritte le garanzie presenti nei Moduli acquistati ed indicati nella Scheda di Polizza. Per ciascun Modulo acquistato, le garanzie operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

Modulo Prevenzione

1. Cosa è assicurato

A) Servizi digitali legati al Modulo Prevenzione SalutepiùBenessere

L'Assicurato SalutepiùBenessere può usufruire dei servizi digitali relativi legati alla prevenzione e al benessere a lui dedicati tramite il Portale Blue Assistance.

Art. SPR1 Check Up

È compreso in Polizza un programma di prevenzione che consente all'Assicurato di effettuare le prestazioni sanitarie di check-up di seguito indicate.

Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche previste dalle tabelle sotto riportate, effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa Blue Assistance.

Il check-up potrà essere richiesto:

- a partire dalla data di decorrenza della Polizza;
- una volta ogni due annualità contrattuali e senza alcun costo aggiuntivo, secondo le modalità indicate all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro - modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro". Se nel corso di un'annualità l'Assicurato non usufruisce del check-up, non ne potrà essere richiesto il recupero nel corso delle annualità successive;

Erogabilità

1 volta ogni 2 annualità contrattuali

Nel caso in cui, previa verifica con la Centrale Operativa Blue Assistance, l'Assicurato accerti che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla residenza dell'Assicurato, le prestazioni potranno essere effettuate presso qualsiasi struttura a scelta dell'Assicurato, che potrà chiedere il rimborso della spesa sostenuta fino ad un massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top, secondo le modalità indicate all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro - modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro".

La Società non sarà informata degli esiti del check-up, ma la relativa documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro - modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro".

Sono disponibili due opzioni, e vale quella riportata nella Scheda di Polizza che il cliente è obbligato ad indicare al momento della stipula del contratto:

CHECK-UP BASE

Prevede prestazioni differenziate in base al sesso, presso le strutture convenzionate, al fine di diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia.

Per uno dei pacchetti di esami di seguito illustrati: Uomo (unisex o uomo), Donna (unisex o donna); l'Assicurato ha possibilità di scegliere ogni volta il pacchetto che preferisce.

CHECK-UP UNISEX	CHECK-UP UOMO	CHECK-UP DONNA
Prevenzione otorinolaringoiatrica (cod. C3356): • visita otorinolaringoiatrica • esame audiometrico	Prevenzione urologica "young man" under 35 (cod. C3353): • visita specialistica urologica • ecografia scrotale	Prevenzione senologica "young woman" (cod. C3357): • ecografia mammaria con valutazione senologica
Prevenzione vascolare (cod. C3351): • visita angiologica / chirurgia vascolare • doppler venoso arti superiori o inferiori	Prevenzione urologica (cod. C3354): • visita specialistica urologica / andrologica • ecografia prostatica	Prevenzione mammella (cod. C3358): • mammografia bilaterale con valutazione senologica
Prevenzione patologie vie respiratorie (cod. C3352): • visita pneumologica • saturimetria		Prevenzione ginecologica (cod. C3359): • visita ginecologica • pap test
Prevenzione dermatologica (cod. C3360): • visita dermatologica • mappatura nervi		Prevenzione osteoporosi (cod. C3350): • visita fisiatrica • mineralometria ossea computerizzata (MOC)
Prevenzione cardiologica (cod. C3355): • visita cardiologica • elettrocardiogramma (ecg)		



ESEMPIO

Nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione Vascolare"; nel corso della terza annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione mammella".

CHECK-UP TOP

L'Assicurato ha possibilità di scegliere ogni volta il pacchetto che preferisce tra quelli di seguito indicati:

PACCHETTI DI CHECK-UP

Prevenzione otorinolaringoiatrica (cod. C3356):

- visita otorinolaringoiatrica
- esame audiometrico

Prevenzione osteoporosi (cod. C3366):

- visita fisiatrica
- MOC total body
- emocromocitometrico completo
- calcio totale
- calcio urinario
- creatinina
- esame completo delle urine
- vitamina D
- elettroforesi proteine sieriche

Prevenzione vascolare (cod. C3367):

- visita angiologica / chirurgia vascolare
- ecocolordoppler arterioso e venoso arti inferiori

Prevenzione gastroenterologica (cod. C2918):

- visita gastroenterologica / internistica
- ecografia addome completo
- emocromo completo
- AST (got)
- ALT (gpt)
- GGT
- glicemia
- trigliceridemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- CPK
- PCR
- microalbuminuria
- ricerca sangue occulto nelle feci (1 campione)

Prevenzione urologica (cod. C3368):

- visita urologica
- eco addome inferiore uomo (studio prostata)
- PSA totale
- PSA libero
- azotemia (urea)
- creatininemia
- glicemia basale
- ricerca sangue occulto nelle feci (1 campione)

Prevenzione patologie vie respiratorie (cod. C3369):

- visita pneumologica
- spirometria completa
- saturimetria
- emocromo completo
- ves

Prevenzione oftalmologica (cod. C3370):

- visita oculistica
 - studio fundus oculi
 - tono oculare
 - misurazione visus
- pachimetria
- test di Schirmer (test lacrimale)
- topografia corneale

Prevenzione senologica “young woman” (cod. C3357):

- ecografia mammaria con valutazione senologica

Prevenzione mammella (cod. C3358):

- mammografia bilaterale con valutazione senologica

Prevenzione ginecologica (cod. C3371):

- visita ginecologica
- ecografia pelvica (con eventuale TV su richiesta del medico)
- pap test
- HPV ricerca papilloma virus

Prevenzione tiroide (cod. C2923):

- visita endocrinologica
- ecografia tiroidea
- free T3
- free T4
- TSH

Prevenzione dermatologica (cod. C3372):

- visita dermatologica
- mappatura nevi
- studio del fototipo e del fototipo cutaneo
- vitamina A
- vitamina B12
- vitamina C
- vitamina E
- acido folico

Prevenzione nefrologica (cod. C3374):

- visita nefrologica
- ecografia addome completo
- esame urine completo
- azotemia (urea)
- creatininemia
- uricemia
- glicemia basale
- quadro elettrolitico
- vitamina D
- elettroforesi sieroproteica
- sideremia
- clearance della creatinina

Prevenzione cardiologica (cod. C3375):

- visita cardiologica
- elettrocardiogramma
- esame urine
- trigliceridi
- AST (got)
- ALT (gpt)
- colesterolemia totale
- colesterolemia HDL/LDL
- emocromo completo
- PT
- PTT
- glicemia
- omocisteina
- quadro elettrolitico (sodio, potassio, calcio)

**ESEMPIO**

Nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione dermatologica"; nel corso della terza annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione cardiologica".

Art. SPR2 Piattaforma QuraKare

Tramite l'accesso alla Piattaforma QuraKare, l'Assicurato potrà usufruire ed accedere ai seguenti servizi digitali:

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

L'Assicurato ha la possibilità di compilare un questionario anamnestico con l'obiettivo di ottenere una proposta di Percorso di Prevenzione realizzato sulla base delle proprie caratteristiche personali.

Al momento dell'attivazione della Piattaforma QuraKare, o in un momento successivo, sarà quindi possibile accedere al questionario. Rispondendo alle domande l'Assicurato otterrà un Percorso di Prevenzione dedicato come meglio descritto nel successivo paragrafo "Percorso di Prevenzione".

Per una corretta fruizione dei servizi digitali della Piattaforma QuraKare si consiglia di ricompilare il Questionario Digitale con cadenza annuale al fine di ottenere un'indicazione aggiornata circa lo stato di benessere, tramite l'Indice di valutazione del Benessere e Percorso di Prevenzione dedicato.

PERCORSO DI PREVENZIONE SU BASE ANAMNESTICA

Ogni Assicurato, rispondendo alle domande del Questionario anamnestico otterrà un piano di prevenzione personalizzato e quindi la definizione di un indice di rischio, rispetto alle seguenti aree cliniche:

- cardiovascolare
- metabolico
- oncologico
- mentale
- miscellanea

CONSULTO DI ONBOARDING CON TUO DOTTORE

L'Assicurato ha a disposizione una video visita di onboarding grazie al Servizio Tuo Dottore. Il consulto, richiedibile tramite Portale QuraKare, tramite il servizio Tuo Dottore, ha l'obiettivo di spiegare e personalizzare ulteriormente il Percorso di

Prevenzione. Al termine della video visita, l'Assicurato potrà ricevere un Percorso di Prevenzione aggiornato, percorso che potrà essere svolto presso una delle strutture convenzionate consultabili in piattaforma.

Erogabilità

1 volta per annualità contrattuale

DOCUMENTI CLINICI

L'Assicurato ha a disposizione all'interno della Piattaforma QuraKare una Cartella Medica dove potrà archiviare tutti i documenti relativi alle prestazioni effettuate sia in piattaforma sia in altre strutture. Le prestazioni che verranno erogate direttamente dai medici della piattaforma, verranno caricate direttamente dal medico. La piattaforma QuraKare consente inoltre al Paziente l'accesso, la consultazione, il caricamento e il download della propria documentazione sanitaria tramite un'apposita sezione della sua Area Riservata.

AGENDA DEGLI APPUNTAMENTI

L'Assicurato ha a disposizione all'interno della Piattaforma QuraKare un Calendario per poter censire tutte le prestazioni sanitarie prenotate sulla piattaforma. L'Assicurato in vista di un evento riceverà una notifica.

CONSEGNA FARMACI

Attraverso la piattaforma QuraKare è possibile usufruire del servizio di consegna farmaci, che consente di ricevere farmaci, parafarmaci e altri prodotti per la salute, a domicilio.

TELEVISITA CON MEDICO GENERICO (TUO DOTTORE)

La funzionalità di tele visita non è disponibile in caso di Formula Persona con Contraente persona giuridica.

L'Assicurato può richiedere una tele visita con un medico di medicina generale accedendo alla piattaforma QuraKare.

Al termine della visita l'Assicurato potrà ricevere eventuali ricette bianche e/o referti che l'Assicurato potrà scaricare e autonomamente caricare nella sezione Documenti Clinici della piattaforma QuraKare.

Condizioni di utilizzo:

La tele visita può essere richiesta previa prenotazione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. In Polizza, in base alla formula acquistata, sono incluse da 1 a 3 tele visite da consumare nell'arco dell'annualità contrattuale, al termine delle quali non sarà più possibile richiedere la tele visita per l'annualità in corso.

ACCESSO ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE

Attraverso la piattaforma QuraKare è possibile accedere alle strutture convenzionate con Blue Assistance, a tariffe privilegiate. Sarà necessario selezionare il network di interesse, selezionare la prestazione e la struttura prescelta; sulla mail di registrazione verrà inviato un "memo" necessario per il riconoscimento in struttura.

Modulo Diagnosi

1. Cosa è assicurato

Art. SD1 Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura e/o studi professionali e/o laboratori di analisi non convenzionati;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche e/o studi professionali e/o laboratori di analisi convenzionati e previo accordo con la Centrale Operativa Blue Assistance;

in caso di visite specialistiche, prelievi, esami di imaging (ad eccezione delle prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione di cui all'art. SD2 "Alta diagnostica") eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per:

- malattia;
- infortunio;
- gravidanza a rischio;

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	3.000 euro per anno assicurativo
Scoperto (in caso di rimborso)	20% con il minimo di 50 euro

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale".

Sono in copertura esclusivamente le prestazioni di seguito elencate anche se eseguite in regime di day hospital:

- onorari medici per visite specialistiche o per consulti;
- analisi ed esami e accertamenti diagnostici e di laboratorio (inclusi prelievi ed esami di imaging);

Si intendono qui compresi anche i seguenti esami diagnostici:

- elettrocardiogramma (ECG);
- elettroencefalografia (EEG);
- ecodoppler e ecocolordoppler;
- ricerca del sangue occulto nelle feci.



ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 200 euro.

Limite di indennizzo di 3.000 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 50 euro.

Scoperto 20% su 200 euro sarebbe 40 euro.

Poiché 40 euro < 50 euro, si applica l'importo di minimo scoperto (50 euro)

Rimborsato 150 euro (danno 200 euro al netto del minimo di 50 euro)



ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 2.500 euro

Limite di indennizzo di 3.000 euro

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo 50 euro.

Scoperto su 2.500 euro è 500 euro.

Poiché 500 euro > 50 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.

Rimborsato 2.000 euro (danno 2.500 euro al netto dello scoperto di 500 euro)

**ESEMPIO 3**

Importo spese a rimborso 5.000 euro.

Limite di indennizzo di 3.000 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 50 euro.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 600 euro (20% su 3.000 euro). Poiché 600 euro > 50 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.

Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 600 euro.

Rimborsato 2.400 euro (limite indennizzo 3.000 euro al netto dello scoperto di 600 euro).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONTROLLI SUPPLEMENTARI

Per le seguenti patologie:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni sopra indicate e gli ulteriori controlli che dovessero aver luogo **entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto**, possono essere effettuati anche senza la **prescrizione medica relativa alla visita specialistica o alla prestazione diagnostica**.

2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio

Il Contraente può scegliere di acquistare la garanzia aggiuntiva illustrata di seguito, che è operante se indicata nella Scheda di Polizza.

Art. SD2. Alta Diagnostica

La Società **provvede:**

- **al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura e/o studi professionali e/o laboratori di analisi non convenzionati;**
- **al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche e/o studi professionali e/o laboratori di analisi convenzionati e previo accordo con la Centrale Operativa Blue Assistance;**

delle seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per malattia o infortunio:

- Amniocentesi
- Angiografia
- Cistografia
- Colecistografia
- Coronarografia e cateterismo cardiaco
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia (ENG)
- Endoscopie diagnostiche (apparato cardiocircolatorio, respiratorio, urogenitale, esofago gastro duodeno scopia EGDS, retto-colon scopia)
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- PEA (potenziali evocati acustici)
- PEV (potenziali evocati visivi)
- Esame urodinamico completo
- Fluorangiografia oculare
- Isterosalpingografia
- Holter
- MOC – mineralometria ossea computerizzata
- Polisonnografia

- Risonanza Magnetica Computerizzata
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Angio-Tac
- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Urografia

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	4.000 euro per anno assicurativo
Scoperto (in caso di rimborso)	20% con il minimo di 100 euro

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale".



ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 200 euro.
 Limite di indennizzo di 4.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 100 euro.
 Scoperto 20% su 200 euro sarebbe 40 euro.
 Poiché 40 euro < 100 euro, per conteggiare lo scoperto si applica l'importo di minimo scoperto (100 euro).
 Rimborso 100 euro (danno 200 euro al netto del minimo di 100 euro).



ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 2.500 euro.
 Limite di indennizzo di 4.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo 100 euro.
 Lo scoperto su 2.500 euro è pari a 500 euro.
 Poiché 500 euro > 100 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.
 Rimborso 2.000 euro (danno 2.500 euro al netto dello scoperto di 500 euro).



ESEMPIO 3

Importo spese a rimborso 5.000 euro.
 Limite di indennizzo di 4.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 100 euro.
 Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 800 euro (20% su 4.000 euro). Poiché 800 euro > 100 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.
 Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 800 euro.
 Rimborso 3.200 euro (limite indennizzo 4.000 euro al netto dello scoperto di 800 euro).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica, che contenga regolare diagnosi o sospetto diagnostico.

CONTROLLI SUPPLEMENTARI

Per le seguenti patologie:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni sopra indicate e gli ulteriori controlli che dovessero aver luogo entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto, possono essere effettuati anche senza la prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica.

Modulo Cura

1. Cosa è assicurato

A) Ricoveri, Interventi Chirurgici, Day Hospital e Day Surgery

Art. SC1 Oggetto della Garanzia

La Società provvede:

- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Blue Assistance, secondo quanto indicato all'art. SS2 "Pagamento diretto";
- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati; in seguito a ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento chirurgico anche ambulatoriale, per:
 - malattia;
 - infortunio;
 - parto;

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto (in caso di rimborso)	20%
Sottolimiti	
parto cesareo	8.000 euro
parto naturale, interventi su tonsille e adenoidi, appendiciti, emorroidi, varici, ernie, cataratta	6.000 euro
rette di degenza (rimborso se fuori convenzionamento)	250 euro al giorno

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale".

Le spese in copertura sono:

PRIMA DEL RICOVERO (CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE)

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici (effettuati anche in regime di day hospital / day surgery), esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici **sostenuti nei 120 giorni precedenti** al ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale o il day surgery.

DURANTE IL RICOVERO

- rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;

- assistenza medica e infermieristica;
 - cure, trattamenti fisioterapici rieducativi;
 - medicinali ed esami;
- sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

DOPO IL RICOVERO (CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE)

La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici (effettuati anche in regime di day hospital / day surgery), onorari dei medici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato.

Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato a 240 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.



ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 2.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.
 Scoperto su 2.000 euro corrisponde a 400 euro.
 Rimborso pari a 2.000 euro – 400 euro = 1.600 euro.



ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 10.000 euro per parto naturale.
 Limite di indennizzo 6.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.
 Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 1.200 euro (20% su 6.000 euro).
 Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 1.200 euro.
 L'indennizzo è quindi 4.800 euro (6.000 euro – 1.200 euro).



ESEMPIO 3

Importo spese a rimborso 5.000 euro per parto naturale.
 Limite di indennizzo 6.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.
 Scoperto 1.000 euro (20% su 5.000 euro).
 L'indennizzo è quindi 4.000 euro (5.000 euro – 1.000 euro).

Art. SC2 Estensione di Garanzia sempre operanti – Base

DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in occasione di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, né alcuna spesa prima del ricovero o dopo il ricovero, come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero in un istituto di cura.



NOTA BENE

Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Diaria giornaliera

150 euro al giorno

Durata

Massimo 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

SPESE PER IL TRAPIANTO D'ORGANI

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'Assicurato. Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery"

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato, che abbiano in comune:

- figli minori, o
- figli portatori di handicap, o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero.

Diaria giornaliera	100 euro al giorno
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo

**NOTA BENE**

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:

- "Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- "Diaria da ricovero";

la presente estensione di garanzia non è cumulabile e quindi applicabile una sola volta.

BIMBO IN ARRIVO

Per tutte le donne Assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia di cui all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" anche agli interventi chirurgici sul figlio in arrivo.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery"

Art. SC3 Estensioni di Garanzia sempre operanti – Extra**MEDICINA ALTERNATIVA**

A deroga dell'art. ES1 "Esclusioni", la Società offre la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato per farmaci, visite e prestazioni inerenti l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente:

- all'agopuntura;
- all'osteopatia;

- alla chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia o parto coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 70 euro per visita o prestazione
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo

SPESE PER APPARECCHI ED AUSILII

La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un intervento chirurgico o un ricovero per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio, di carrozzelle ortopediche, di apparecchi terapeutici e/o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap.

La copertura è riconosciuta sempreché le spese risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

Limiti	Limite di indennizzo 3.000 euro per anno assicurativo
---------------	---

SPESE PER CURE PSICOTERAPICHE

La Società offre la copertura delle spese sostenute per le cure di assistenza psicologica rese necessarie al verificarsi di **almeno una delle seguenti circostanze**:

- incapacità dell'Assicurato di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 80 giorni;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile dell'Assicurato o di un suo familiare, purché assicurato con la presente Polizza;
- la perdita totale di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo, o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della facoltà di parlare (favella);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese dal concepimento dell'Assicurata;
- la deformazione, o l'alterazione dell'aspetto fisico;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di Polizza.

La garanzia è prestata per le spese sostenute presso uno psicologo o psicoterapeuta dall'Assicurato.

Limiti	Limite di indennizzo 2.000 euro per anno assicurativo
	Massimale 15 sedute per anno assicurativo
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery"

NEONATO

Per tutte le donne Assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia di cui all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" anche al figlio neonato.

Limiti	Limite di indennizzo 30.000 euro per anno assicurativo
	Sono in copertura tutti gli interventi chirurgici e i ricoveri effettuati nel primo anno di vita del neonato
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery"

SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZE FISICHE

La Società offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche sostenute dall'Assicurato che ha subito violenze da terzi.

Tali violenze devono aver comportato:

- un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;
- la denuncia alle autorità competenti.

Limiti	Limite di indennizzo 3.500 euro per anno assicurativo
	Sono comprese le spese sostenute entro 180 giorni dalla denuncia del sinistro
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery"

PRESTAZIONE ORGANIZZATIVA DI INVIO DI UN'AMBULANZA

Su richiesta dell'Assicurato la Società organizza ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino e viceversa, o per il trasferimento in altro centro medico.

Il costo della prestazione è a carico della Società.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia o parto coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 250 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00
escluse le festività infrasettimanali

ELISOCORSO

La Società rimborsa, in eccedenza a quanto sostenuto dal servizio pubblico, le spese sostenute dall'Assicurato a fronte della presentazione di regolari giustificativi di spesa, in caso di richiesta di intervento di soccorso speciale o del soccorso alpino tramite elicottero a causa di:

- infortunio o malore, in località non raggiungibile dai normali mezzi di locomozione;
- smarrimento per perdita dell'orientamento.

Limiti	Limite di indennizzo 1.500 euro per anno assicurativo
---------------	---

SPESE PER L'ACCOMPAGNATORE

La Società offre la copertura per le spese documentate di vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura, ove non sussista disponibilità ospedaliera. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore.

Per gli interventi chirurgici relativi a:

- interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale;

la garanzia è prestata solamente se l'Assicurato è minore di 18 anni.

Limiti	Massimo 100 euro al giorno
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

INDENNITÀ PER SOPRAVVIVENZA DI AFFEZIONI

Nel caso di sopravvenienza nel corso della copertura assicurativa di un'infezione da HIV, descritta all'art. CG7 "Cessazione della copertura per l'Assicurato", la Società riconoscerà comunque all'Assicurato un importo una tantum per consentirgli di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Indennità	5.000 euro
------------------	------------

B) Grandi interventi chirurgici**Art. SC4 Oggetto della Garanzia**

La Società provvede:

- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Blue Assistance, secondo quanto indicato all'art. SS2 "Pagamento diretto";
 - al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati;
- in seguito a grande intervento chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco allegato per:
- malattia;
 - infortunio;

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto (in caso di rimborso)	20%
Sottolimiti	
parto cesareo	8.000 euro
parto naturale, interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta	6.000 euro
rette di degenza (rimborso se fuori convenzionamento)	250 euro al giorno

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto all'art. CG6 "Validità territoriale"

Le spese in copertura sono:

PRIMA DEL RICOVERO

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici **sostenuti nei 120 giorni precedenti** al grande intervento chirurgico purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico.

DURANTE IL RICOVERO

- rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
 - onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
 - apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'assicurato;
 - assistenza medica e infermieristica;
 - cure, trattamenti fisioterapici rieducativi;
 - medicinali ed esami;
- sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

DOPO IL RICOVERO

La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi** al grande intervento chirurgico, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico.

Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene **elevato a 240 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

**ESEMPIO**

Importo spese a rimborso 7.000 euro.
 Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.
 Scoperto su 7.000 euro corrisponde a 1.400 euro.
 Rimborso pari a 7.000 euro – 1.400 euro = 5.600 euro.

Art. SC5 Estensioni di Garanzia sempre operanti – Base**DIARIA SOSTITUTIVA**

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in occasione di un grande intervento chirurgico, né alcuna spesa prima del ricovero o dopo il ricovero, come indicato all'art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici", la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero in un istituto di cura.

**NOTA BENE**

Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Diaria giornaliera

150 euro al giorno

Durata

Massimo 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

SPESE PER IL TRAPIANTO D'ORGANI

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'Assicurato. Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto	Come indicato all'art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici"

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi comunque in copertura, a seguito di un grande intervento chirurgico, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato e che abbiano in comune:

- figli minori, o
- figli portatori di handicap, o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero.

Diaria giornaliera	100 euro al giorno
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo

**NOTA BENE**

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:

- "Grandi interventi chirurgici";
- "Diaria da ricovero";

la presente estensione di garanzia non è cumulabile e quindi opera una sola volta.

Art. SC6 Estensioni di Garanzia sempre operanti – Extra**MEDICINA ALTERNATIVA**

A deroga dell'art. ES1 "Esclusioni", la Società offre la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato per farmaci, visite e prestazioni inerenti l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente:

- all'agopuntura;
- all'osteopatia
- alla chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 70 euro per visita o prestazione
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo

SPESE PER APPARECCHI ED AUSILII

La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un grande intervento chirurgico per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;

- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio, di carrozzelle ortopediche, di apparecchi terapeutici e/o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap.

La copertura è riconosciuta sempreché le spese risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

Limiti	Limite di indennizzo 3.000 euro per anno assicurativo
---------------	---

SPESE PER CURE PSICOTERAPICHE

La Società offre la copertura delle spese sostenute per le cure di assistenza psicologica rese necessarie al verificarsi di almeno una delle seguenti circostanze:

- incapacità dell'Assicurato di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 80 giorni;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile dell'Assicurato o di un suo familiare, purché assicurato con presente polizza;
- la perdita totale di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita
- dell'uso di un organo, o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della facoltà di parlare (favella);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese dal concepimento;
- la deformazione, o l'alterazione dell'aspetto fisico;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di Polizza.

La garanzia è prestata per le spese sostenute presso uno psicologo o psicoterapeuta dall'Assicurato.

Limiti	Limite di indennizzo 2.000 euro per anno assicurativo
	Massimo 15 sedute per anno assicurativo
Scoperto	Come indicato all'art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici"

PRESTAZIONE ORGANIZZATIVA DI INVIO DI UN'AMBULANZA

Su richiesta dell'Assicurato la Società organizza ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino e viceversa, o per il trasferimento in altro centro medico.

Il costo della prestazione è a carico della Società.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 250 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali

ELISOCCORSO

La Società rimborsa, in eccedenza a quanto sostenuto dal servizio pubblico, le spese sostenute dall'Assicurato a fronte della presentazione di regolari giustificativi di spesa, in caso di richiesta di intervento di soccorso speciale o del soccorso alpino tramite elicottero a causa di:

- infortunio o malore, in località non raggiungibile dai normali mezzi di locomozione;
- smarrimento per perdita dell'orientamento.

Limiti	Massimo 1.500 euro per anno assicurativo
---------------	--

SPESE PER L'ACCOMPAGNATORE

La Società offre una copertura per le spese documentate di vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'assicurato ricoverato presso un istituto di cura per un grande intervento chirurgico, ove non sussista disponibilità ospedaliera. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore.

La presente copertura è estesa agli interventi chirurgici relativi a:

- interventi su tonsille e adenoidi, appendiciti, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale;

pur non trattandosi di grandi interventi chirurgici, nel caso in cui l'Assicurato sia minore di 18 anni.

Limiti	Massimo 100 euro al giorno
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo

INDENNITÀ PER SOPRAVVIVENZA DI AFFEZIONI

Nel caso di sopravvenienza nel corso della copertura assicurativa di **un'infezione da HIV**, descritta all'art. CG8 "Cessazione della copertura per l'assicurato", la Società riconoscerà comunque all'Assicurato un importo una tantum per consentirgli di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Indennità	5.000 euro
------------------	------------

C) Malattie gravi**Art. SC7 Oggetto della Garanzia**

La Società corrisponde il capitale assicurato per "Malattie Gravi" se, durante il periodo di operatività del contratto, all'Assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi o stato di coma elencati di seguito, e se l'Assicurato stesso è in vita nei 30 giorni successivi alla diagnosi.

Le malattie gravi o stato di coma che garantiscono la corresponsione del capitale assicurato per "Malattie gravi" sono raggruppati in tre classi:

CLASSE PRIMA

- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica;

CLASSE SECONDA

- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Trapianto di organi;

CLASSE TERZA

- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni).

Art. SC8 Carenza

È previsto un periodo di carenza di 90 giorni per le malattie gravi o stato di coma indicati all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi".

Art. SC9 Periodo di riqualificazione e limitazione di Garanzia dopo il primo sinistro

Dopo la diagnosi della prima malattia grave o stato di coma indennizzabile a termini di Polizza, la copertura non sarà più operante per un periodo di 6 mesi (cd. "Periodo di Riqualificazione") a decorrere dalla data della prima diagnosi.



NOTA BENE

In ogni caso non saranno più in copertura le malattie gravi o gli stati di coma:

- appartenenti alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato;
- e/o
- che siano conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.

Trascorso il Periodo di Riqualificazione la copertura sarà nuovamente operante con un capitale assicurato ridotto all'80% del capitale inizialmente assicurato ed esclusivamente per le malattie gravi o stato di coma che:

- non appartengano alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato;
- e/o
- non sono conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.

Si terrà conto del Periodo di Riqualificazione anche nel caso in cui il contratto sia emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia "Malattie gravi".

Art. SC10 Limitazione di Garanzia dopo il secondo sinistro

La garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del secondo sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

Il premio complessivo di Polizza dovuto dal Contraente per le eventuali annualità successive sarà diminuito della parte di premio indicata per la garanzia "Malattie gravi".

Se il contratto è emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia "Malattie gravi" e il contratto sostituito è già stato colpito da un sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del primo sinistro indennizzabile a termini del presente contratto.

D) Diaria da ricovero

Art. SC11 Oggetto della Garanzia

La Società corrisponde all'Assicurato una diaria giornaliera in caso di ricovero per:

- malattia;
- infortunio;
- parto.

La diaria verrà corrisposta per ciascun giorno di degenza. Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella Scheda di Polizza
Durata	Massimo 365 giorni per sinistro

Si conviene che qualora l'Assicurato sia soggetto ad un ricovero in terapia intensiva per almeno 3 giorni, con necessità di assistenza ventilatoria, in aggiunta alla diaria, sarà liquidata un'indennità forfettaria pari a 1.000 euro per testa assicurata. Si precisa che l'indennità:

- sarà liquidata una sola volta per annualità assicurativa;
- è aggiuntiva, e non sostitutiva, a quanto altro sia dovuto contrattualmente.

Si precisa altresì che il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

La diaria viene raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:

- uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici";
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ricovero in terapia intensiva

come indicato nella seguente tabella:

Diaria giornaliera (per grande intervento chirurgico, neoplasie maligne, infarto miocardico acuto)	200% dell'importo "Diaria Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza
Numero giorni	Massimo 365 giorni per sinistro

**NOTA BENE**

La diaria viene corrisposta per al massimo 5 giorni in caso di ricovero per:

- interventi su tonsille e adenoidi;
- parto naturale;
- parto cesareo;
- aborto a seguito di infortunio.

Numero giorni (per ricovero a seguito di interventi su tonsille e adenoidi, parto naturale, aborto a seguito di infortunio)	Max. 5 giorni per sinistro
--	----------------------------

La diaria viene corrisposta in misura pari al 150% in caso di day hospital o day surgery.

L'indennità è dovuta solo per day hospital/day surgery di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital/day surgery, fatta eccezione per le festività, è avvenuto ininterrottamente, come indicato nella seguente tabella:

Diaria giornaliera in caso di day hospital o day surgery	150% dell'importo "Diaria Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza
Numero giorni	Massimo 365 giorni per sinistro

L'indennità per ricovero è corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni, **non cumulabili tra di loro**, rispetto all'importo di "Diaria Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza:

- 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva.

b) aumentata del 50% in più rispetto all'importo "Diaria Ricovero" indicato nella Scheda di Polizza, se l'istituto di cura è situato all'estero.

**NOTA BENE**

Si precisa che le maggiorazioni di cui alla lettera a) sono erogabili solo se l'istituto di cura è situato in Italia, e non sono cumulabili con la maggiorazione prevista alla lettera b).

Art. SC12 Estensioni di Garanzia sempre operanti

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi comunque in copertura, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato e che abbiano in comune:

- figli minori, o
- figli portatori di handicap, o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero, come indicato nella seguente tabella:

Diaria giornaliera	100 euro al giorno
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo



NOTA BENE

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:

- Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery;
- Diaria da ricovero;

la presente estensione di garanzia non è cumulabile.

2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive illustrate di seguito. Le garanzie aggiuntive operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

Art. SC13 Riposo terapeutico domiciliare

Per le patologie di seguito elencate:

- gravidanza a rischio non dovuta a c.d. "lavoro pericoloso" secondo decreto legislativo 151 del 2001;
- lombosciatalgia acuta dovuta ad una riacutizzazione dolorosa ed invalidante di una forma lombalgica da artrosi o discopatia o da ernia del disco;
- rettocolite ulcerosa cronica o il morbo di Crohn (patologie infiammatorie intestinali con fasi di recrudescenza dolorosa con scariche diarroiche profuse, frequentissime e debilitazione);
- sclerosi multipla nelle fasi di riacutizzazione della malattia;
- altre patologie che, a valutazione del medico curante e della Società, abbiano caratteristiche tali da richiedere riposo terapeutico assoluto analogamente a quelle indicate sopra;

per le quali:

- non ci sia stato un ricovero o un intervento chirurgico, anche di tipo ambulatoriale;
- sia prescritto dal medico che ha in cura l'Assicurato un riposo terapeutico domiciliare per non compromettere la guarigione clinica;
- siano insorte dopo la stipula del contratto;

la Società provvede a corrispondere il seguente indennizzo, se il riposo prescritto rientra nei termini sotto riportati:

Indennizzo	1.000 euro per sinistro
Limiti	Massimo 2 volte per anno assicurativo
Riposo terapeutico domiciliare per Gravidanza a rischio	Prescrizione del medico di almeno 30 giorni
Riposo terapeutico domiciliare per lombosciatalgia acuta	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni
Riposo terapeutico domiciliare per rettocolite ulcerosa o morbo di Chron	Prescrizione del medico di almeno 10 giorni
Riposo terapeutico domiciliare per sclerosi multipla	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni
Altre patologie	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni

Art. SC14 Coma, Ictus, Infarto, Malattie Oncologiche, Malattie Rare

In aggiunta a quanto indicato nelle garanzie acquistate all'interno del Modulo CURA:

- art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici";
- art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi";
- art. SC13 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "d) Diaria da ricovero";

nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

- ictus;
- infarto;
- malattia oncologica;
- malattie rare;
- oppure versi in uno stato di coma;

la Società riconosce le prestazioni di seguito elencate:

RIMBORSO SPESE

È previsto il rimborso delle spese sostenute, e certificate, dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria (ad esempio: operatore sociale, baby sitter, taxi, farmaci non coperti dal SSN....) che l'Assicurato deve sostenere in conseguenza di una delle patologie o stato di coma sopra indicate, con i limiti indicate nella seguente tabella:

Limiti	Massimo 5.000 euro per anno assicurativo
---------------	--

PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI TRASFERIMENTI E SOGGIORNI

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di sottoporsi a cicli di terapie per le patologie o stati sopra indicate, la Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione delle seguenti prestazioni per l'Assicurato ed anche per l'eventuale accompagnatore:

- trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di cura scelto, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- pernottamento in zona limitrofa all'Istituto di cura;

- trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di cura e viceversa, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

La Società rimborsa i costi di trasferimento e soggiorno, fino alla concorrenza del massimale sotto indicato, a fronte di regolare documentazione e come indicato nella seguente tabella:

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, nei casi in cui l'istituto di cura sia situato al di fuori del comune di residenza dell'Assicurato
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

TEST "FOUNDATIONONE CDX E FOUNDATIONONE LIQUID CDX" PER LA PROFILAZIONE GENOMICA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Per le sole malattie oncologiche di natura non benigna già diagnosticate che versino in fase localmente avanzata o metastatica, la Società offre la copertura delle spese relative ai test di FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx per la ricerca di eventuali mutazioni somatiche sul DNA tumorale, effettuato su un campione di tessuto tumorale (FoundationOne CDx) o tramite prelievo di sangue (FoundationOne Liquid CDx).

La prestazione è riconosciuta solamente a fronte di prescrizione dei medici che hanno in cura l'Assicurato o del medico curante, che certifichi la natura non benigna, già diagnosticata, dello stato localmente avanzato o metastatico della malattia oncologica.

L'Assicurato può effettuare il test (campione di tessuto o prelievo del sangue) presso gli Ospedali e le case di cura ed i laboratori convenzionati.

La prestazione è ripetibile, a distanza di tempo, una seconda volta solo nel caso in cui risultino rilevate tramite certificazione medica sostanziali progressioni della patologia.

Art. SC15 Dental

L'Assicurato potrà beneficiare delle prestazioni odontoiatriche di seguito indicate, esclusivamente presso le strutture convenzionate con Blue assistance. **Non è prevista alcuna forma di rimborso per prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate.** La Società si fa carico del pagamento diretto completo delle prestazioni, secondo le condizioni del presente contratto. Per i soli casi di cui alla successiva "CURA" lettera a), qualora l'Assicurato si trovi all'estero la prestazione sarà erogabile con applicazione dello scoperto come indicato all'art. CG6 "Validità territoriale".

A parziale deroga dell'art CG2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento del premio.

Sono comprese le seguenti prestazioni:

PREVENZIONE

- una visita orale/visita specialistica, e
- una seduta di profilassi/ablazione semplice del tartaro

per ciascun Assicurato, **n. 1 volta per anno assicurativo**, con prestazioni erogabili in un'unica seduta.

CURA

a) Visita di emergenza con intervento d'urgenza (per effetto di un problema odontoiatrico che provochi dolore, gonfiore o sanguinamento)

b) Radiologia

La Società provvede al pagamento del costo per l'effettuazione dell'esame:

- radiografia RX endorale (per n. 2 elementi)

Ogni Assicurato può usufruirne **nella misura di massimo n. 2 prestazioni** per anno assicurativo; tale limitazione non vale per le radiografie previste dalle prestazioni di endodonzia e chirurgia di seguito indicate.

c) Endodonzia

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di endodonzia:

- terapia endodontica di n. 1, n. 2 o n. 3 canali radicolari, inclusa radiografia;
- amputazione coronale della polpa e otturazione del cavo pulpare (decidui).

Ogni Assicurato può usufruire **al massimo di una cura canalare o di una amputazione coronale della polpa per anno assicurativo, non ripetibile prima di 1 anno**; la prestazione non è mai ripetibile sullo stesso elemento.

d) Chirurgia

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di chirurgia odontoiatrica:

- rimozione chirurgica di dente rotto (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione semplice di dente o radice (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione completa di dente o radice (o in inclusione ossea parziale) (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale (con eventuale RX pre-intervento).

Ogni Assicurato può usufruire di massimo **n. 2 prestazioni in totale tra quelle sopra elencate per anno assicurativo**.

Prevenzione	n. 1 volta per anno assicurativo, con prestazioni erogabili in un'unica seduta
Cura	
• Visita di emergenza	• Nessun limite
• Radiologia	• Massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo
• Endodonzia	• Massimo n. 1 prestazione per anno assicurativo
• Chirurgia	• Massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo

Modulo convalidazione

1. Cosa è assicurato

Art. SP1 Diaria da convalidazione

In caso di ricovero reso necessario da:

- infortunio;
- malattia;
- parto cesareo;
- aborto terapeutico;
- donazione di organi;

seguito da convalidazione prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità per ogni giorno di convalidazione nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

L'indennità sarà corrisposta **fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:**

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella Scheda di Polizza
Sottolimiti	
durata pari a 1/3 del periodo della convalidazione	100% dell'importo della diaria indicata nella Scheda di Polizza
per i restanti 2/3 del periodo di convalidazione	50% dell'importo della diaria indicata nella Scheda di Polizza
Durata	Massimo 60 giorni per anno assicurativo In caso di day surgery la diaria è riconosciuta con il massimo di 5 giorni

Il periodo di convalidazione decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del ricovero in istituto di cura o in day surgery.

La garanzia non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.



NOTA BENE

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione dei certificati medici (alla dimissione ed eventuali successivi) in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari o del medico curante. La Società si riserva di sottoporre a visita medica l'Assicurato allo scopo di verificare diagnosi e prognosi di guarigione. Il pagamento avviene al termine della convalidazione prescritta.

ESCLUSIONI: QUALI PATOLOGIE?

La diaria da convalidazione post ricovero non opera per i casi di interventi a:

- tonsille;
- vegetazioni adenoidi;
- parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza.

Art. SP2 Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIABILITATIVI

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Blue Assistance;

in caso di trattamenti fisioterapici e riabilitativi eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da regime di ricovero o intervento chirurgico, per:

- malattia;
- infortunio;

coperti ai termini di Polizza, con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo
Franchigia	100 euro per sinistro
Limite temporale	I costi di fisioterapia sono rimborsati se sostenuti entro 180 gg. dall'evento scatenante
Scoperto (in caso di rimborso)	20%

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

MEDICINA ALTERNATIVA

In deroga all'art. ES1 "Esclusioni", con la presente garanzia è in copertura l'uso di farmaci e l'esercizio pratiche non convenzionali, limitatamente:

- all'agopuntura;
- all'osteopatia;
- alla chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da personale specializzato nella medicina alternativa interessata nei limiti indicati nella seguente tabella:

Limiti	Massimo 100 euro per visita o prestazione
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo

2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive illustrate di seguito.

Le garanzie aggiuntive operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

Art. SP3 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare

In aggiunta a quanto indicato nelle garanzie acquistate all'interno del Modulo CONVALESCENZA:

- art. SP1 "Diaria da convalescenza";
- art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa";

nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

- ictus;
 - infarto;
 - malattia oncologica;
 - malattie rare;
 - oppure versi in uno stato di coma;
- la Società riconosce le prestazioni di seguito elencate:

RIMBORSO SPESE

È previsto il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, anche di natura non sanitaria (ad esempio spese organizzative, logistiche), conseguenti alla patologia o stato sopra indicato, nei limiti di cui alla seguente tabella:

Limiti	Massimo 5.000 euro per anno assicurativo
---------------	--

PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI TRASFERIMENTI E SOGGIORNI

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di sottoporsi, durante la fase della convalescenza, a cicli di terapie per le patologie o stati sopra indicate, la Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione delle seguenti prestazioni per l'Assicurato ed anche per l'eventuale accompagnatore:

- trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di cura e/o riabilitativo scelto, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- pernottamento in zona limitrofa all'Istituto di cura e/o riabilitativo;
- trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di cura e/o riabilitativo e viceversa, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

La Società rimborsa i costi di trasferimento e soggiorno, fino alla concorrenza del massimale e nei limiti sotto indicati, a fronte della presentazione di regolare documentazione.

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, nei casi in cui l'Istituto di Cura sia situato al di fuori del comune di residenza dell'Assicurato
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. SP4 Prestazioni organizzative di servizio

INFERMIERE A DOMICILIO

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che è stato ricoverato per almeno 2 giorni continuativi, il reperimento e l'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato, **nei limiti indicati nella seguente tabella:**

Limiti	Massimo 700 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 escluse le festività infrasettimanali

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA A DOMICILIO

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia, il reperimento e l'invio al domicilio di un'assistente fisioterapico specializzato, **nei limiti indicati nella seguente tabella:**

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali, con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto al momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato

AUTISTA A DISPOSIZIONE

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che a seguito di immobilizzo, certificato dal proprio medico curante, non sia in grado di guidare e nessun familiare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia, **nei limiti indicati nella seguente tabella:**

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 escluse le festività infrasettimanali

ACCOMPAGNAMENTO PER VISITE MEDICHE O CICLI DI TERAPIA

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che gli pregiudichi la possibilità di spostarsi in autonomia per recarsi presso un istituto di cura al fine di sottoporsi a visite mediche o cicli di terapia prescritte dal medico curante, l'organizzazione e il trasferimento dal domicilio ed il rientro dall'Istituto di cura, con il mezzo di trasporto maggiormente idoneo al suo stato di salute, **nei limiti indicati nella seguente tabella:**

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 escluse le festività infrasettimanali

3. Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Applicabili a tutte le garanzie della sezione comprese quelle aggiuntive, se presenti, prestabili con maggiorazione di premio.

Art. ES1 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

1. infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami, e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;
2. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto. Si ritengono, in ogni caso, in copertura limitatamente alle garanzie acquistate in Polizza:
 - a) la deviazione del setto, o della piramide, nasale solo se resi necessari da infortunio, avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto, e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
 - b) gli interventi neonatali per la correzione di malformazioni congenite (nei primi 6 mesi di vita), se il neonato è assicurato dalla nascita o nato durante la vigenza della copertura della madre. Se acquistato l'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery, vale quanto previsto all' art. SC3 "Estensioni sempre operanti – extra" alla voce NEONATO.
3. le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette, nonché i relativi postumi, di infortuni occorsi antecedentemente alla stipula del contratto.

Sono esclusi:

4. le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
5. l'aborto volontario non terapeutico;
6. il parto o le malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;
7. le prestazioni e le terapie determinate da malattie trasmesse sessualmente;
8. la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di 800 euro per sinistro, e per tutta la durata della copertura assicurativa, comprese eventuali sostituzioni), e le procedure per la fecondazione assistita;
9. i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine;
10. i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali), quelli non effettuati da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
11. i farmaci non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;
12. le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici
13. le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di:
 - interventi di chirurgia bariatrica, nei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea superiore a 40) insorti in vigenza di Polizza;
 - interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio (è esclusa in ogni caso la manutenzione delle protesi);
 ferme le esclusioni di cui al precedente punto 2);
14. check-up di medicina preventiva, salvo quanto previsto all'art. SPR2 "Check-up";
15. terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché del paradonto, con o senza intervento chirurgico, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, Intervento Ambulatoriale, e salvo quanto indicato nell'art. SC15 "Dental" se acquistato;
16. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
17. le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
18. gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale;
19. le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;

20. ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza; restano compresi i ricoveri nelle case di convalescenza, salvo quanto indicato all'art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" se acquistato;
21. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio per televisione, bar, e simili;
22. le protesi in genere nonché l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, salvo quanto espressamente indicato all'art. SC3 "Estensioni sempre operanti – extra" (per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery") alla voce "Spese per apparecchi ed ausili";
23. day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, salvo se acquistate le garanzie di cui agli art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici" e art. SD2 "Alta diagnostica";
24. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da:

25. guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanza allucinogene;
26. da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e sintomi epilettoidi, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, Alzheimer;
27. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
28. azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
29. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
30. pratica di sport pericolosi come: arti marziali, rugby, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano; sport con autoveicoli, motoveicoli, natanti a motore o motonautici, a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura; sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo compreso lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece se effettuati ai margini delle piste da sci battute), motoslitta, guidoslitta, bob (salvo piccole slitte carenate con fondo piatto per bambini), arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo; uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti con cascate, rafting (eccetto quando sia presente un istruttore); gli sport cosiddetti "estremi" (ad esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed); body bulding/culturismo, intesi come ginnastica associata all'uso di integratori alimentari e farmacologici (non rientra in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).

L'indicazione degli sport è esemplificativa e non limitativa.

L'esclusione ne comprende anche altri non qui elencati, ma riconosciuti come altamente pericolosi.

31. pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, e/o relativi allenamenti, o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

e gli infortuni:

32. subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
33. accaduti ad Assicurati soggetti a malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
34. accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione.

L'assicurazione infine non è operante per:

35. le prestazioni successive alla data di scadenza, o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia;
36. le conseguenze di guerra o di guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, se l'Assicurato ne ha preso parte attiva. L'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
37. inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
38. le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
39. le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
40. le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.



Sezione Assistenza

La Società assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza di seguito elencate per il tramite della Struttura Organizzativa. Negli articoli seguenti sono descritte le prestazioni relative al Modulo o ai Moduli acquistati ed indicati in Polizza.

Art. AS1 Come attivare le prestazioni

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, per poter usufruire delle prestazioni, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Struttura Organizzativa – attiva 24 ore su 24 – che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'erogazione ai seguenti recapiti telefonici:

Dall'Italia: 800 767 888 (Numero Verde)
Dall'estero: +39 02 30548800

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le prestazioni sono erogate con costi a carico della Società ed entro i massimali eventualmente indicati in ogni singola prestazione. Qualora parte o tutto il costo della prestazione debba essere sostenuto dall'Assicurato, ciò viene esplicitato all'interno dell'articolo relativo a ciascuna singola prestazione.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificativi, a:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma

La Struttura Organizzativa provvederà alla liquidazione entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

Modulo prevenzione

Cosa è assicurato

Art. AS2 Consulenza medica telefonica

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di una consulenza medica, predispone un consulto telefonico con i propri medici.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno



NOTA BENE

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni. La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. AS3 Consulenza medica specialistica telefonica

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di consigli medici specialistici e non riesce a reperire il proprio medico di fiducia (cardiologo, pediatra, dermatologo, ginecologo, psicologo), predispone un consulto telefonico con un medico specialista convenzionato.

Qualora il medico specialista non fosse immediatamente reperibile, l'Assicurato viene ricontattato entro le successive 8 ore lavorative.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali



NOTA BENE

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie). La prestazione non si sostituisce ad una visita medica specialistica e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

Art. AS4 Segnalazione di un medico specialista

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di una vista specialistica, segnala il professionista più vicino compatibilmente con le disponibilità territoriali locali, nei limiti indicati nella seguente tabella:

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS5 Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di sottoporsi a:

- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota la visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato, nei limiti indicati nella seguente tabella:

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Il costo della visita specialista o diagnostica rimane a carico dell'Assicurato.

Art. AS6 Informazioni sanitarie e farmaceutiche

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce indicazioni e chiarimenti in merito a:

TEMATICHE SANITARIE

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicali e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- indirizzi di strutture sanitari e nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni (es. pediatria);
- consigli sull'espletamento delle pratiche presso gli uffici competenti;
- diritti sui vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

MEDICINALI COMMERCIALIZZATI IN ITALIA

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

**Estensione
territoriale**La prestazione è operante in tutto il
MONDO**OPERATIVITÀ**La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore
18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Modulo diagnosi

Cosa è assicurato

Art. AS7 Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che ha necessità di sottoporsi a:

- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota una visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi della visita specialista, degli esami diagnostici o delle analisi ematochimiche.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS8 Medical second opinion

1. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce un medical second opinion (secondo parere medico) relativo ad un approfondimento o ad una rivalutazione dello stato di salute.

L'Assicurato, colpito da infortunio o malattia diagnosticati o trattati terapeuticamente può contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante devono:

- spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;
- compilare il questionario che viene fornito;
- mettere a disposizione la documentazione medica completa (biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica) che sia necessaria per valutare il caso.

La Struttura Organizzativa:

- procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica utile traducendola, ove necessario, in lingua inglese;
- effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nel quadro clinico o nella malattia dell'Assicurato.

Il servizio viene effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito che deve essere fornita alla Struttura Organizzativa dall'Assicurato o dal suo medico di fiducia.

La risposta del secondo parere medico, in forma scritta, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia normalmente in 15 giorni lavorativi, e comunque al massimo entro 40 giorni lavorativi.

2. TELE/VIDEO CONFERENZA CON CENTRO MEDICO NAZIONALE/INTERNAZIONALE

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento del secondo parere medico è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Struttura Organizzativa l'organizzazione di una tele/video conferenza alla presenza del Direttore Medico della Struttura Organizzativa, eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento che ha redatto il secondo parere medico.

La Società, qualora necessario, tiene a proprio carico il costo del trasferimento in:

- aereo (classe economica); o
- ferroviario (prima classe);

di andata e ritorno, per raggiungere la sede della Struttura Organizzativa a favore dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, ...).

Massimale	800 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

3. CURE MEDICHE E/O OSPEDALIERE NEGLI U.S.A.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi alle cure mediche e/o ospedaliere negli United States of America (U.S.A.) consigliate nel secondo parere medico, coerenti con il quadro clinico corrispondente alla patologia sofferta, la Struttura organizzativa presta i seguenti servizi:

- consulenza nella selezione delle strutture ospedaliere e dei medici in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso tra quelle comprese nella rete ospedaliera convenzionata con la Struttura Organizzativa;
- consulenza e supporto per le pratiche di ingresso ed accettazione nella struttura ospedaliera scelta dall'Assicurato;
- prenotazione di visite mediche con i medici operanti presso le strutture ospedaliere scelte dall'Assicurato in U.S.A.;
- prima della partenza per gli U.S.A. la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato i preventivi e la stima dei costi relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato riceve durante il periodo di degenza/terapia in U.S.A.;
- qualora lo stato di salute dell'Assicurato lo richieda coordinamento del trasferimento con aereo sanitario fino agli U.S.A. o terrestre con autoambulanza negli U.S.A.;
- gestione della prenotazione dei viaggi aerei e del pernottamento presso struttura alberghiera a favore dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano in U.S.A.;
- coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e successivo trasferimento al luogo di pernottamento, se il viaggio è finalizzato a ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri consigliati nel secondo parere medico fornito;
- a partire dall'ingresso dell'Assicurato nella struttura ospedaliera scelta, la Struttura Organizzativa fornisce, qualora ce ne sia la necessità, l'accesso ai servizi di interpreti qualificati per facilitare l'erogazione delle cure mediche negli U.S.A.;
- coordinamento delle cure nell'ospedale scelto dall'Assicurato e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento terapeutico a favore dell'Assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri in virtù di convenzioni tra i centri specialistici in U.S.A. e la Struttura Organizzativa.

Tutte le spese mediche inerenti il periodo di ricovero/degenza, così come tutte le spese di trasporto e pernottamento rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS9 Invio di un pediatra

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha beneficiato dell'erogazione della prestazione di cui al precedente art. AS2 "Consulenza medica telefonica" ed accertata l'oggettiva necessità, invia un pediatra per il figlio colpito da infortunio o malattia.

Qualora il pediatra fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce il bambino in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi



NOTA BENE

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. AS10 Informazioni utili a favore di partorienti

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce:

- informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative;
- supporto psicologico telefonico;
- informazioni sull'allattamento materno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS11 Informazioni banca cellule staminali del cordone ombelicale

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce informazioni durante il periodo di gravidanza, e non oltre il sessantesimo giorno dalla data del presunto parto, in merito alle strutture che offrono i seguenti servizi:

- donazione eterologa;
- crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale.

OPERATIVITÀ

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS12 Consulenza telefonica psicologica a seguito diagnosi sfavorevole

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a cui venga diagnosticata:

- una malattia oncologica; o
- una malattia neurodegenerativa (SLA o sclerosi multipla); o
- la necessità di doversi sottoporre ad un grande intervento chirurgico;

provvede all'organizzazione di un consulto telefonico psicologico con un professionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. AS13 Segnalazione psicologo per sospetto mobbing

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che sospetta di essere vittima di mobbing, provvede alla segnalazione di uno psicologo per una consulenza telefonica.

Rimane a carico dell'Assicurato l'onorario dello psicologo.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Modulo Cura

Cosa è assicurato

Art. AS14 Invio di un medico generico

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un medico generico.

Qualora il medico fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce l'Assicurato in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi



NOTA BENE

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. AS15 Organizzazione visita pediatrica a domicilio

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, reperisce un pediatra convenzionato per una visita domiciliare nel luogo indicato.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo della visita medica compreso il diritto di uscita del medico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS16 Invio di un'ambulanza

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino.

Massimale	250 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno



NOTA BENE

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. AS17 Trasporto in autoambulanza dopo il ricovero di primo soccorso

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, dimesso dal ricovero di primo soccorso, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predispose il trasferimento verso il domicilio tramite autoambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto struttura di primo soccorso – domicilio dell'Assicurato andata e ritorno
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno



NOTA BENE

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

Art. AS18 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, si occupa di:

- 1) tenuto conto della disponibilità esistente, individuare e prenotare l'istituto di cura italiano o estero maggiormente attrezzato per la patologia di cui soffre l'Assicurato;
- 2) organizzare il trasporto dell'Assicurato, compatibilmente alle sue condizioni sanitarie, verso l'istituto di cura italiano o estero individuato con il mezzo più idoneo tra quelli di seguito elencati:
 - aereo sanitario limitatamente al trasferimento verso paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
 - aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
 - treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
 - autoambulanza senza limiti di chilometraggio;
- 3) ove necessario assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS19 Accompagnatore in caso di trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, qualora venga erogata la prestazione di cui al precedente art. AS18 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", provvede all'organizzazione del viaggio e del soggiorno di un accompagnatore scelto dall'Assicurato tra un familiare o una persona di sua fiducia.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di viaggio, di vitto ed alloggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS20 Monitoraggio del ricovero ospedaliero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, prendono contatto con i medici curanti ove l'Assicurato è ricoverato per seguirne l'evoluzione clinica della patologia informando, qualora necessario, i famigliari sul decorso.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

**NOTA BENE**

La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

Art. AS21 Assistenza presso istituto di cura (veglie)

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che necessita di assistenza durante la degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia, nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni territoriali locali, un operatore sociosanitario.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS22 Assistenza per familiari non autosufficienti

È attivo un servizio di assistenza grazie a quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che necessita di assistenza per i familiari non autosufficienti con lui conviventi o residenti a 50 km dalla residenza dell'Assicurato rimasti soli, organizza i seguenti servizi a loro necessari:

- invio di un operatore-sociosanitario;
- invio di un infermiere;
- spesa a casa.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati a seguito dell'erogazione del servizio "SPESA A CASA".

Massimale	500 euro per sinistro. SPESA A CASA: massimo 2 buste e massimo 3 volte a settimana
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

I servizi sono erogati con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovati con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

INVIO DI UN OPERATORE SOCIO SANITARIO ed INVIO DI UN INFERMIERE: i servizi sono erogati 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno.
SPESA A CASA: il servizio è erogato dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

Art. AS23 Invio di un autista

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, impossibilitato a guidare in autonomia, reperisce ed invia un autista convenzionato (taxi o NCC: noleggio con conducente in Italia) per gli spostamenti necessari.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo dell'autista, compreso l'eventuale diritto di uscita.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS24 Invio baby sitter

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

Art. AS25 Accompagnamento a scuola

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

Art. AS26 Accompagnamento attività extrascolastiche

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

Art. AS27 Custodia animali domestici

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi o immobilizzato che si trovi impossibilitato ad affidare il suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata), ne predispone la custodia in un'ideale struttura di accoglienza.

Massimale	300 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in EUROPA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

Art. AS28 Segnalazione insegnante on-line

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura colpito a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di seguire i propri figli minori studenti regolarmente iscritti alle scuole Primarie e Secondarie di primo grado nello svolgimento dei compiti scolastici, reperisce un'insegnante on-line. **Rimane a carico dell'Assicurato il costo orario dell'insegnante on-line.**

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. AS29 Custodia del veicolo a seguito ricovero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato d'urgenza in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, organizza il traino e la custodia del veicolo con il quale si è recato in autonomia all'istituto di cura presso un deposito vicino alla sua abitazione per un periodo corrispondente ai giorni di degenza. Il ritiro del veicolo potrà avvenire solo in presenza di persona delegata dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di traino e custodia del veicolo.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS30 Protezione abitazione a seguito ricovero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, invia una guardia giurata per la sorveglianza dell'abitazione ove risiede se i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso durante il periodo di degenza.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS31 Organizzazione trasferimento e soggiorno per grandi interventi o terapie

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato al quale viene diagnosticata una:

- patologia che comporti il doversi sottoporre ad un grande intervento chirurgico; o
 - malattia di natura oncologica e deve sottoporsi a cicli di terapie; o
 - malattia neurodegenerativa (SLA, Sclerosi multipla) e deve sottoporsi a cicli di terapie/riabilitazione;
- presso un istituto di cura situato fuori dalla provincia di residenza, organizza a tariffe convenzionate, anche per l'eventuale accompagnatore designato dall'Assicurato:

- il trasferimento presso la città dove è situato l'istituto di cura scelto con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il pernottamento in zona limitrofa all'istituto di cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'istituto di cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa entro 1 anno dalla diagnosi della patologia/malattia
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS32 Organizzazione trasferimento e soggiorno in caso di ricovero del figlio neonato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato il cui figlio nato con gravi problematiche non curabili negli istituti di cura della provincia di residenza viene trasferito in urgenza su indicazione del medico

curante in un istituto di cura fuori dalla provincia di residenza, provvede ad organizzare a tariffe convenzionale:

- il trasferimento nella città dove è situato l'istituto di cura;
- il pernottamento in zona limitrofa all'istituto di cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'istituto di cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo per tutto il periodo di degenza del figlio;

a favore dell'Assicurato e della sua famiglia.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa entro 1 anno dalla nascita del figlio
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS33 Prolungamento del soggiorno

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro verso il domicilio nella data programmata a seguito di infortunio o malattia improvvisa, prenota un albergo o un residence.

La Società tiene a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione.

Al suo rientro, l'Assicurato deve presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

Massimale	750 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato

Art. AS34 Viaggio di un familiare

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia ed in assenza di un congiunto sul posto che lo possa seguire, mette a disposizione di familiare un biglietto di viaggio andata e ritorno:

- in treno in prima classe;
- in aereo in classe economica se il viaggio dovesse superare le sei ore;

per raggiungerlo.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di vitto ed alloggio e tutte le spese diverse dai titoli di viaggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS35 Assistenza ai minori di anni 14

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio colpito da infortunio o malattia improvvisa o altra causa di forza maggiore che gli pregiudica la possibilità di occuparsi dei figli minori o portatori di handicap con lui in viaggio, mette a disposizione di un familiare o dell'accompagnatore designato dall'Assicurato un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario in prima classe;
- per il traghetto;

per raggiungere i figli minori o portatori di handicap.

Successivamente la Struttura Organizzativa mette a disposizione all'accompagnatore ed ai figli minori o portatori di handicap un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario in prima classe;
- per il traghetto;

per ritornare alla propria residenza in Italia.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS36 Rientro anticipato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio obbligato a rientrare improvvisamente alla propria residenza a causa del decesso di:

- coniuge / convivente more uxorio;
- figlio/a;
- fratello / sorella;
- genitore;
- suocero/a;
- genero / nuora;

fornisce un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario di prima classe;

per raggiungere il luogo in Italia dove è deceduto o dove viene sepolto il familiare.

La Struttura Organizzativa provvede a far rientrare con l'Assicurato anche un minore purché facente parte del medesimo nucleo familiare e con lui in viaggio.

La Struttura Organizzativa mette a disposizione dell'Assicurato un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare il proprio veicolo qualora si trovasse impossibilitato ad utilizzarlo per rientrare anticipatamente.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS37 Rientro sanitario

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia durante un viaggio, le cui condizioni sanitarie siano tali che i medici della Struttura Organizzativa d'intesa:

- con i medici curanti sul posto; o
- in assenza di questi ultimi, con il medico inviato sul posto dalla Struttura Organizzativa;
- ritengano necessario un trasferimento in un istituto di cura prossimo alla residenza in Italia per garantire le cure più adeguate alle condizioni dell'Assicurato, ne organizza il rientro con il mezzo di trasporto più idoneo tra quelli di seguito elencati:
- aereo sanitario limitatamente al trasferimento dai paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dagli altri paesi del mondo con aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato (se necessario con l'accompagnamento di personale medico e/o infermieristico);
- treno di prima classe e qualora ce ne siano le necessità tramite vagone letto;
- autoambulanza.

ESCLUSIONI

Il trasferimento non è previsto per:

- malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;
- infortuni e malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto;
- se l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e quando il sinistro si verifica oltre 100 km dal comune in cui l'Assicurato è domiciliato
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS38 Rientro sanitario con un familiare

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale sia stata erogata la prestazione al precedente art. AS37 "Rientro sanitario" e qualora i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio di rientro, provvedono all'organizzazione del rientro dell'Assicurato accompagnato da un familiare, utilizzando lo stesso mezzo, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza. Qualora la Struttura Organizzativa abbia provveduto al rientro del familiare a proprie spese, la stessa ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto (aereo, ferroviario, ecc.) non utilizzato per il rientro programmato alla residenza. **Rimangono a carico dell'Assicurato le spese di soggiorno del familiare.**

Massimale	750 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS39 Rientro dell'assicurato convalescente

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato convalescente dopo un ricovero ospedaliero avvenuto durante il viaggio, provvede al suo rientro, ed eventualmente a quello di un suo compagno di viaggio, verso la residenza, purché il rientro avvenga in data e con un mezzo di trasporto diversi da quelli inizialmente previsti mettendo a disposizione un biglietto

- aereo in classe economica;
- ferroviario ordinario di prima classe;
- per un traghetto.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS40 Rientro dei familiari

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale venga erogata la prestazione di cui all'art. AS39 "Rientro dell'Assicurato convalescente", fornisce i biglietti di rientro (biglietto aereo in classe economica oppure biglietto ferroviario in prima classe) verso la residenza in Italia anche ai familiari in viaggio con l'Assicurato purché facenti parte dello stesso nucleo familiare, che non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo di trasporto previsto.

La Struttura Organizzativa ha la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggi non utilizzati per il rientro.

Massimale	350 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia. 500 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro non avviene dall'Italia
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS41 Rientro familiari viaggiatori

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale sia stata erogata la prestazione al precedente art. AS36 "Rientro sanitario", fornisce ai componenti del suo nucleo familiare che siano con lui in viaggio:

- un biglietto aereo in classe economica; o
- un biglietto ferroviario, prima classe;

per rientrare alla propria residenza in Italia qualora non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato.

La Società ha la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Massimale	350 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia. 500 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro non avviene dall'Italia.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS42 Telefarmacologia

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trova all'estero e necessita di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, forniscono le informazioni sanitarie richieste.



NOTA BENE

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza. Il servizio è attualmente disponibile in 18 differenti lingue (italiano, inglese, francese, turco, russo, cinese, thailandese, olandese, ebraico, polacco, portoghese, tedesco, ceco, greco, rumeno, spagnolo, arabo, giapponese).

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS43 Interprete all'estero

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura per infortunio o malattia e che non abbia familiarità con la lingua del luogo in cui si trova, reperisce ed invia un interprete.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS44 Invio medicinali, protesi e occhiali

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che abbia bisogno di

- protesi; o
- occhiali; o
- medicinali regolarmente prescritti da un medico;

e che siano introvabili sul posto purché commercializzati in Italia, li reperisce e li invia con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto.

In alternativa la Struttura Organizzativa può fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di quanto acquistato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS45 Anticipo spese di prima necessità

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio colpito da infortunio o malattia, gli anticipa delle spese improvvise di prima necessità che deve sostenere e non può provvedere direttamente ed immediatamente.

L'Assicurato deve restituire la somma anticipata entro un mese dalla data di erogazione. In caso di ritardo, verranno addebitati gli interessi al tasso legale corrente.

COSA FARE IN QUESTO CASO

L'Assicurato deve:

1. comunicarne la causa e l'ammontare della cifra necessaria;
2. fornire le adeguate garanzie bancarie scritte per la restituzione di quanto anticipato;
3. comunicare il suo recapito e quello dei referenti necessari a verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.



NOTA BENE

La prestazione non è operante se il trasferimento di denaro all'estero comporta la violazione delle norme vigenti in materia in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Modulo Convalescenza

Cosa è assicurato

Art. AS46 Assistenza domiciliare integrata

I servizi di seguito elencati sono attivabili qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità per usufruire delle prestazioni vengono definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e il medico curante.

Ospedalizzazione Domiciliare

La Struttura Organizzativa gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.

1. PRESTAZIONI PROFESSIONALI

In caso di necessità la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale).

2. SERVIZI SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

3. SERVIZI NON SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di sbrigare faccende relative alla vita familiare quotidiana quali ad esempio: pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori; la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

VALIDO PER I SERVIZI INDICATI AI PUNTI 1. 2. 3.

Massimale	30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura
Erogabilità	Ogni singolo servizio è erogabile 1 volta per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. AS47 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente art. AS18 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", in dimissione dall'istituto di cura a seguito di 2 giorni continuativi di degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione del suo rientro utilizzando il mezzo di trasporto maggiormente idoneo allo stato di salute dell'Assicurato tra quelli di seguito elencati:

- aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
- treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura

Art. AS48 Accompagnatore in caso di rientro dal centro ospedaliero attrezzato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente art. AS47 "Rientro dal centro ospedaliero attrezzato", organizza il viaggio di ritorno di un familiare o di una persona di fiducia designata che accompagna l'Assicurato nel viaggio di rientro.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo del viaggio di ritorno dell'accompagnatore.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS49 Invio infermiere a domicilio

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che necessita di essere assistito da un infermiere nelle due settimane successive alla dimissione da un istituto di cura a seguito di ricovero di durata superiore a 2 giorni continuativi, provvede al suo reperimento e all'invio.

Massimale	500 euro per assicurato e per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura

Art. AS50 Ricerca fisioterapista convenzionato

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che deve sottoporsi a sedute di fisioterapia a seguito di infortunio, reperisce un professionista convenzionato per le sedute necessarie e lo invia al domicilio dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi delle sedute di fisioterapia, compreso l'eventuale diritto di uscita.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art AS51 Servizio di fisioterapia a domicilio

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia improvvisa e dopo averne accertata l'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, invia al domicilio un'assistenza fisioterapica specializzata.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato

Art. AS52 Servizi sanitari a domicilio

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa a seguito di gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, organizza presso il suo domicilio:

- l'esecuzione di accertamenti diagnostici quali prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e quant'altro necessario purché possa essere eseguito a domicilio;
- il ritiro e la consegna gli esiti degli esami.

Massimale	4 volte per sinistro
Erogabilità	3 volte per anno assicurativo
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. AS53 Consegna farmaci

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato per le cure del caso secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

ART. AS54 FORNITRA DI ATTREZZATURE MEDICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia necessita di una o più tra le seguenti attrezzature mediche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito;

le fornisce in comodato d'uso per il periodo necessario.

Massimale	90 giorni per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Nel caso in cui, per cause indipendenti dalla Struttura Organizzativa, non fosse possibile reperire e/o fornire le attrezzature indicate, l'Assicurato avrà diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute per il noleggio dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Massimale	500 euro per sinistro
------------------	-----------------------

Art. AS55 Conciergerie per visite mediche o cicli di terapia

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che gli pregiudichi la possibilità di spostarsi in autonomia per recarsi presso un istituto di cura al fine di sottoporsi a visite mediche o cicli di terapia prescritte dal medico curante, ne organizza il trasferimento dal domicilio ed il rientro dall'istituto di cura con il mezzo di trasporto maggiormente idoneo al suo stato di salute.

Qualora necessario, la Struttura Organizzativa assiste l'Assicurato con l'ausilio di un operatore socio-sanitario nelle varie attività che caratterizzano la giornata di:

- visite mediche (meramente a titolo di esempio non esaustivo: orientamento presso l'istituto di cura, accettazione all'arrivo presso l'istituto di cura, compilazione di formulari e richieste, ricerca e fornitura di una carrozzina, ricevimento con chiarezza

- delle indicazioni dei medici, ritiro dei referti, acquisto di farmaci prescritti ed ogni altra necessità collegata, ...);
- cicli di terapia (meramente a titolo di esempio non esaustivo: controlli pre terapia, esami diagnostici, infusioni, periodi di attesa e stasi, rientro al domicilio, ed ogni altra necessità collegata, ...).

Qualora la Struttura Organizzativa venga autorizzata dall'Assicurato e previa sua espressa indicazione con sottoscrizione della relativa liberatoria, tiene costantemente aggiornati i familiari in merito al regolare svolgimento di quanto calendarizzato nella giornata di cura o terapia.

Il calendario dei cicli di terapia viene condiviso con l'Assicurato sin dall'attivazione della prestazione e, qualora ci fossero cambiamenti nella programmazione, la Struttura Organizzativa ne prende atto avvisando tempestivamente i fornitori coinvolti al fine di consentire la corretta erogazione della prestazione all'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi per i trasferimenti e ogni altro onere legato all'erogazione della prestazione.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. AS56 Consulenza per adeguamento abitazione a seguito di invalidità permanente

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 65%, reperisce e commissiona ad un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione.

Massimale	1.000 euro per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS57 Trasporto della salma

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa effettua il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto a seguito di infortunio o malattia dal luogo in cui è avvenuto il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia facendo fede la residenza dell'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico:

- le spese del feretro sufficienti per il trasporto;
- il costo del trasporto della salma;
- le eventuali spese di recupero della salma con le limitazioni indicate.

ESCLUSIONI

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Massimale	10.000 euro per sinistro anche se coinvolti più Assicurati. SPESE DI RECUPERO DELLA SALMA: sotto-massimale di 2.000 euro per sinistro anche se coinvolti più Assicurati.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO ad esclusione dell'ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS58 Autista a disposizione

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che a seguito di immobilizzo, certificato dal proprio medico curante, non sia in grado di guidare e nessun familiare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. AS59 Invio baby sitter

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia e che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura

Art. AS60 Invio dog sitter

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di occuparsi del suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata dell'Assicurato), reperisce ed invia, salvo disponibilità, un dog sitter per accudirlo.

Massimale	10 uscite per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con il dog sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura

Art. AS61 Accompagnamento a scuola

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura

Art. AS62 Accompagnamento attività extrascolastiche

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura

Art. AS63 Segnalazione insegnante on-line

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di seguire i propri figli minori studenti regolarmente iscritti alle scuole Primarie e Secondarie di primo grado nello svolgimento dei compiti scolastici, reperisce un'insegnante on-line.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo orario dell'insegnante on-line.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e l'attivazione

Art. AS64 Collaboratrice familiare

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che:

- comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni; o
 - in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale; o
 - per frattura delle costole purché radiologicamente accertata; o
 - in caso di ricovero che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico;
- necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per sbrigare le normali attività di conduzione dell'abitazione, reperisce ed invia una collaboratrice familiare.

La Società tiene a proprio carico il costo della collaboratrice familiare.

L'Assicurato può segnalare una collaboratrice di propria fiducia e la Struttura Organizzativa la contatterà per verificare la compatibilità tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e quanto praticato in convenzione. Qualora ci sia compatibilità la Struttura Organizzativa invierà la collaboratrice familiare segnalata dall'Assicurato; qualora invece ci sia eccedenza tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e la tariffa convenzionata, è facoltà dell'Assicurato scegliere la collaboratrice familiare segnalata tenendo a proprio carico l'eccedenza economica rispetto alla tariffa convenzionata.

Massimale	20 giorni per sinistro e 50 euro al giorno e 350 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la collaboratrice familiare con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura

Art. AS65 Spesa a casa

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia certificati dal medico curante che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa, organizza la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati.

Massimale	3 volta a settimana massimo 2 buste per richiesta
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa 4 volte per sinistro
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. AS66 Pagamento utenze domiciliari

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia certificati dal proprio medico curante che si trovi impossibilitato ad uscire autonomamente dal domicilio, provvede per conto dello stesso al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo delle utenze domiciliari.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

In caso di impossibilità da parte della Struttura Organizzativa a provvedere al pagamento entro il termine indicato, si provvederà al rimborso della spesa sostenuta dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio entro il massimale di 100 euro per sinistro.

Art. AS67 Consulenza telefonica con nutrizionista

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato:

- l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni per un periodo superiore a 7 giorni; o
- un periodo di degenza in istituto di cura (compresivi eventuali periodi di ospedalizzazione domiciliare) superiori a 7 giorni; organizza una consulenza telefonica con un medico nutrizionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura

Art. AS68 Segnalazione personal trainer

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato:

- l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni per un periodo superiore a 7 giorni oppure;
- un periodo di degenza in istituto di cura (compresivi eventuali periodi di ospedalizzazione domiciliare) superiori a 7 giorni; provvede a reperire un personal trainer. **Rimane a carico dell'Assicurato l'eventuale costo del professionista.**

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. AS69 Pulizia e riassetto dell'abitazione

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato un periodo di degenza in istituto di cura superiore a 10 giorni, organizza un servizio di pulizia e di riassetto dell'abitazione dell'Assicurato prima del suo ritorno.

tuale costo del professionista.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
OPERATIVITÀ	

La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura

Condizioni di operatività

Art. AS70 Effetti giuridici

1. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
2. La Struttura Organizzativa non si assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
3. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.
4. In presenza di altre assicurazioni con altra o altre Società di assicurazione o di servizi che prevedono prestazioni analoghe, e nel caso in cui l'altra o le altre Società si siano già attivate, le prestazioni qui garantite, fermi i limiti previsti, si intendono operanti per gli eventuali maggiori costi sostenuti dall'Assicurato e non corrisposti dall'altra Società.
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa.
7. La Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. AS71 Ambito di validità territoriale

Per le prestazioni di Assistenza l'ambito di validità territoriale è riportato all'interno di ciascun articolo.

Ove non indicato espressamente le prestazioni di assistenza si intendono operanti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.

Ove indicato che la prestazione è operante in Italia si intende sempre anche estesa alla Repubblica di San Marino ed alla Città del Vaticano.

Cosa non è assicurato e limiti di copertura

Art. AS72 Esclusioni

SONO ESCLUSI DALLE PRESTAZIONI I SINISTRI CAUSATI O DIPENDENTI DAI CASI SOTTO INDICATI

1. **dolo dell'Assicurato;**
2. **malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
3. **malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;**
4. **le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;**
5. **suicidio o tentato suicidio;**
6. **infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;**
7. **infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;**
8. **espianto e/o trapianto di organi;**
9. **ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;**
10. **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
11. **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
12. **nei paesi in cui sia in vigore lo stato di guerra, dichiarata o di fatto.**

Sezione obblighi e interventi nei vari casi di sinistro

“cosa fare in caso di”

Sezione Salute: che obblighi ho?

Art. SS1 Obblighi in caso di sinistro – Modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro

Modulo Prevenzione

Servizi digitali legati al modulo prevenzione formula salute:

PIATTAFORMA QURAKARE

Ciascun Assicurato può effettuare la registrazione e l'accesso ai servizi della Piattaforma QuraKare, tramite la creazione di un'utenza personale secondo le modalità sotto riportate.

Il Portale è raggiungibile all'indirizzo www.qurakare.com e per usufruire dei servizi dedicati è necessario effettuare la registrazione sul portale. Al primo accesso verrà richiesto l'inserimento del codice PIN, consegnato in fase di stipula della polizza.

TELEVISITA CON IL TUO DOTTORE

L'Assicurato può richiedere la tele visita tramite apposita funzionalità presente su Portale, indicando la fascia oraria preferita per il ricontatto da parte del Medico. Il Medico ricontatterà l'Assicurato nella fascia oraria e al numero di telefono indicato per effettuare il consulto. Inoltre l'assicurato può rivolgersi al “Tuo Dottore” per dubbi o chiarimenti sulla compilazione o sui risultati del Questionario Anamnestico.

Condizioni di utilizzo:

In Polizza è incluso 1 consulto relativo al percorso di prevenzione per ogni Assicurato di cui usufruire nell'arco dell'annualità contrattuale; una volta effettuato il consulto non sarà più possibile richiedere un ulteriore consulto per l'annualità in corso.

TUO DOTTORE

L'Assicurato può richiedere una tele visita con un medico di medicina generale attraverso la sezione apposita del portale QuraKare.

Al termine del consulto l'Assicurato potrà ricevere via mail eventuali ricette bianche e/o referti che l'Assicurato potrà scaricare e autonomamente caricare nella sezione Documenti Clinici della piattaforma QuraKare.

Condizioni di utilizzo:

La tele visita può essere richiesta, previa prenotazione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

In Polizza, sono inclusi:

- 1 consulto medico nel caso in cui la Polizza preveda un solo Assicurato;
- 3 consulti medici nel caso in cui la Polizza preveda più di un Assicurato; da utilizzare nell'arco dell'annualità contrattuale in corso.



NOTA BENE

La funzionalità di tele visita non è disponibile in caso di formula PERSONA con Contraente Persona Giuridica.

A) Check up

Le prestazioni di check up potranno essere effettuate sul territorio italiano esclusivamente presso le strutture convenzionate con Blue Assistance.

Per effettuare le prestazioni descritte nell'art. SPR2 "Check-up", l'Assicurato potrà prenotare direttamente presso la struttura prescelta, comunicando il pacchetto prescelto ed il relativo codice, e contattando successivamente la Centrale Operativa Blue Assistance che dovrà autorizzare la prestazione inviando conferma di presa in carico diretta.

Inserisci la richiesta di presa in carico diretta sull'app/portale di Blue Assistance, oppure contatta la Centrale Operativa Blue Assistance accessibile ai seguenti recapiti:

dall'Italia al numero verde 800 767 888
dall'estero al numero + 39 02 30548800
(dalle ore 9.00 alle ore 17.30 dal lunedì al venerdì)

La Centrale Operativa Blue Assistance procederà a verificare la presa in carico diretta e darà comunicazione all'Assicurato entro 3 giorni lavorativi in caso di prestazioni ambulatoriali, e entro 5 giorni lavorativi in caso di prestazioni di ricovero.



NOTA BENE

Solo ed esclusivamente nel caso in cui, a seguito del contatto con la Centrale Operativa Blue Assistance, l'Assicurato appuri che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla sua residenza, previa autorizzazione della stessa Centrale Operativa Blue Assistance, potrà scegliere una struttura non convenzionata a sua scelta per effettuare solo gli esami indicati all'art SPR2 "Check-up" chiedendo poi il rimborso della spesa sostenuta **con il massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top.**

Modulo Diagnosi, Cura, Convalescenza

1) Visite specialistiche, ricoveri, interventi chirurgici, trattamenti fisioterapici

Per le seguenti garanzie presenti nei Moduli DIAGNOSI, CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:

- art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici";
- art. SD2 "Alta diagnostica"
- art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery" e relativo art. SC2 "Estensioni di garanzia sempre operanti – base";
- art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici" e relativo art. SC5 SalutepiùBenessere Formula Persona Condizioni di assicurazione 74 di 83 Edizione 06/2024 "Estensioni di garanzia sempre operanti – base";
- art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa";

l'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. agli istituti di cura convenzionati. In questo caso la Società paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato, al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali, secondo le modalità indicate all'art. SS2 "Pagamento diretto";
2. agli istituti di cura non convenzionati. In questo caso la Società rimborsa le spese sostenute all'Assicurato, al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali, secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

2) Diarie ed indennità fisse

Per le seguenti garanzie presenti nei Moduli CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:

- art. SC13 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Diaria da ricovero";
- art. SC15 "Riposo terapeutico domiciliare";
- art. SP1 "Diaria da convalescenza";

e per le diarie sostitutive presenti nelle garanzie:

- art. SC2 "Estensioni sempre operanti – base" relative alla garanzia "a) Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery"
- art. SC5 ""Estensioni sempre operanti – base" relative alla garanzia "b) Grandi interventi chirurgici";

l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto **previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro** (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: cartella clinica completa e documentazione medica) **che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta della Centrale Operativa Blue Assistance.** La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

3) Indennità a rimborso

Per la seguente garanzia presente nel Modulo CURA:

- art. SC3 “Estensioni sempre operanti – extra” relative alla garanzia “a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery”;
- art. SC6 “Estensioni sempre operanti – extra” relative alla garanzia “b) Grandi interventi chirurgici”;

e per le seguenti garanzie dei Moduli CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:

- art. SC14 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare” per il Modulo CURA;
- art. SP3 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare” per il Modulo CONVALESCENZA

L'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica e delle spese sostenute. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 “Rimborso”.

4) Dental

Per usufruire della garanzia di cui all'art. SC15 “Dental”, se acquistata, l'Assicurato potrà ricorrere esclusivamente agli istituti di cura convenzionati della rete di Blue Assistance S.p.A.. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS2 “Pagamento diretto”.

5) Malattie gravi

Per beneficiare della garanzia di cui all'art. SC7 “Oggetto della garanzia” per la garanzia “c) Malattie gravi” presente nel Modulo CURA, se acquistata, l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro, che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta della Centrale Operativa Blue Assistance. La denuncia del sinistro dovrà avvenire entro 90 giorni dalla data della diagnosi della malattia grave.

La gestione del sinistro dovrà avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 “Rimborso”.

Per la malattia grave “Ictus (con deficit neurologico permanente)” il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma del deficit neurologico permanente, redatto da un neurologo trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

Per la malattia “Infarto del Miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca)” il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma della riduzione permanente della frazione di eiezione ventricolare sinistra al di sotto del 50% da misurarsi trascorsi almeno 30 giorni dalla data dell'evento.

La denuncia dovrà essere corredata dalla relativa documentazione medica (copia di parere medico rilasciato, cartella clinica integrale, esami medici eventualmente eseguiti) comprovante la diagnosi della malattia grave.

Ulteriori dettagli sulla documentazione medica da fornire possono essere trovati nelle definizioni delle “Malattie Gravi” coperte dalla Polizza.

La malattia grave si considera insorta nel momento in cui viene diagnosticata, e quindi, alla data indicata nella documentazione medica fornita dall'Assicurato al momento della denuncia.

6) Test “FoundationOne CDX e FoundationOne Liquid CDX” per la profilazione genomica delle malattie oncologiche

Per beneficiare della garanzia di cui all'art. SC14 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare”, punto “Test “FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx” per la profilazione genomica delle malattie oncologiche”, presente nel modulo CURA, l'Assicurato, che ha ricevuto una diagnosi di una malattia oncologica non benigna in stato localmente avanzato o metastatica e previa specifica prescrizione dei test di Foundation Medicine da parte dei medici che lo hanno in cura o del proprio medico curante deve contattare la Centrale Operativa Blue Assistance per verificare la validità dei requisiti di accesso alla prestazione.

Successivamente, l'Assicurato dovrà mettersi direttamente in contatto con uno dei centri convenzionati rilevabili dal portale istituzionale e concordare la modalità:

- del prelievo del sangue o della preparazione del tessuto tumorale;
- presso il centro convenzionato o presso il domicilio dell'Assicurato stesso (per il servizio di prelievo a domicilio verificare gli specifici centri convenzionati che sono deputati ad erogarlo).

L'Assicurato dovrà infine aver cura di comunicare alla Centrale Operativa Blue Assistance le modalità concordate di esecuzione della prestazione e la struttura convenzionata prescelta per l'apertura del sinistro.

I campioni verranno inviati, con spese a carico di Roche spa, al laboratorio specializzato per le analisi genomiche di Foundation Medicine.

**NOTA BENE**

Al medico che ha fatto la richiesta del test per l'Assicurato verrà restituito un referto contenente, le informazioni sulle mutazioni genomiche rilevate, associate alle possibili terapie disponibili ed in studio supportate da un dettagliato elenco bibliografico di pubblicazioni scientifiche.

Art. SS2 Pagamento diretto

L'Assicurato, o i suoi familiari, possono inserire la richiesta di presa in carico diretta sull'app/portale di Blue Assistance, oppure possono contattare telefonicamente la Centrale Operativa Blue Assistance:

dall'Italia al numero verde 800 767 888
dall'estero al numero + 39 02 30 548800
(dalle ore 9.00 alle ore 17.30 dal lunedì al venerdì)

indicando la prestazione di cui intende usufruire e tutte le altre informazioni inerenti la richiesta di attivazione del pagamento diretto.

In alternativa, potranno fare riferimento alla filiale BANCO BPM di riferimento ed effettuare le richieste con l'aiuto del gestore per inserire la richiesta di prestazione.

La Centrale Operativa, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e l'eventuale documentazione medica, invia una mail di conferma entro 3 giorni lavorativi in caso di prestazioni ambulatoriali e entro 5 giorni lavorativi in caso di prestazioni di ricovero, presa in carico e indicazione della franchigia, se presente, oppure comunica all'Assicurato che la prestazione non è autorizzabile.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena perdita del diritto alla prestazione, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

Esclusioni e limitazioni

Restano a carico dell'Assicurato le seguenti eventuali spese che dovrà pagare direttamente all'istituto di cura convenzionato:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla Centrale Operativa.

**NOTA BENE**

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'Assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa Blue Assistance non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso" con successivo rimborso delle spese sostenute senza applicazione dell'eventuale scoperto previsto dalla garanzia.

Tuttavia se l'Assicurato in caso di emergenza fa ricorso ad un istituto di cura convenzionato e intende usufruire del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari, telefonare alla Centrale Operativa Blue Assistance entro il primo giorno lavorativo successivo al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, impegnandosi ad inviare la documentazione richiesta atta ad attivare il pagamento diretto, entro 48 ore dal ricovero e comunque prima della dimissione.

Resta comunque inteso che il ricorso alle case di cura convenzionate in caso di emergenza non è da intendersi come automatica presa in carico del sinistro, dovendosi subordinare l'autorizzazione al ricovero all'esame della documentazione medica che l'Assicurato si impegna a fornire.

In tutti i casi, invece, in cui l'Assicurato non contatta la Centrale Operativa Blue Assistance, sia in Italia che all'estero, il sinistro sarà liquidato a rimborso con l'applicazione dell'eventuale scoperto previsto dalla garanzia e nei limiti delle somme assicurate previste per le prestazioni senza attivazione del pagamento diretto.



NOTA BENE

Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro **è facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

DENTAL

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 48 ore prima dall'inizio del trattamento. Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro. Blue Assistance provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate. Al momento della conclusione del "Piano di Cure", l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o franchigie e scoperti previsti in polizza).

Art. SS3 Rimborso

l'Assicurato dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, **denunciare il sinistro sul portale di Blue Assistance**, in alternativa possono denunciare contattando la centrale operativa Blue Assistance:

dall'Italia al numero verde 800 767 888
dall'estero al numero + 39 02 30548800
(dalle ore 9.00 alle ore 17.30 dal lunedì al venerdì)

indicando la prestazione di cui intende usufruire e tutte le altre informazioni inerenti la richiesta di attivazione del pagamento diretto.

In alternativa, potranno fare riferimento alla filiale BANCO BPM di riferimento ed effettuare le richieste con l'aiuto del gestore per inserire la richiesta di rimborso e caricare la documentazione richiesta.

La richiesta di rimborso delle spese mediche **deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:**

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli esami radiologici o altro che possono essere trasmessi in copia;
- prescrizione medica in copia;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;
- i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena perdita del diritto alla prestazione, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

La Centrale Operativa Blue Assistance, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la documentazione ricevuta, invia una comunicazione con conferma del rimborso, oppure richiede ulteriore documentazione ad integrazione di quanto già inviato, ovvero comunica all'Assicurato che la prestazione non è rimborsabile, secondo le tempistiche indicate all'art SS4 "Verifica dell'indennizzabilità e termini per la liquidazione del capitale".

Per informazioni sullo stato di avanzamento del sinistro contattare telefonicamente la Centrale Operativa Blue Assistance:

dall'Italia al numero verde 800 767 888
dall'estero al numero +39 02 30548800
(dalle ore 9.00 alle ore 17.30 dal lunedì al venerdì)



NOTA BENE

Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro **è facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

Art. SS4 Verifica dell'indennizzabilità e termini per la liquidazione del capitale

La Società, ricevuta tutta la documentazione richiesta, verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni lavorativi decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 10 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dall'accertamento.

Con riferimento alle garanzie di cui all'art. SC9 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi", per le quali ai fini dell'indennizzabilità è necessario valutare le condizioni generali di salute dell'Assicurato, è previsto un termine di 50 giorni che decorre dalla data di effettuazione dell'accertamento medico-legale o dall'eventuale visita a cui la Società sottopone l'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.

Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 30 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

Il pagamento a favore dell'Assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Art. SS5 Obbligo di restituzione delle spese sanitarie liquidate dalla società e non dovute

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della Polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la Centrale Operativa Blue Assistance invierà all'Assicurato, mediante raccomandata o posta elettronica certificata PEC con ricevuta di ritorno, la richiesta di restituzione delle somme erogate.

L'Assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, alla Società, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Società, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi sopra previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. SS6 Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Resta fermo il diritto dell'Assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

Art. SS7 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Sezione Assistenza, Sezione Salute (prestazioni organizzative – che obblighi ho?)

Art. SS8 Struttura organizzativa

Per poter usufruire delle prestazioni riportate:

- nella sezione Assistenza
- nella sezione Salute, relativamente alle sole prestazioni organizzative indicate ai seguenti articoli:
- art. SC14 e art. SP3 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare” presenti rispettivamente nei moduli CURA e CONVALESCENZA.
- art. SC3 “Estensioni sempre operanti – extra” per le prestazioni “Invio di un’ambulanza” e “Accesso a Pronto Soccorso e videoconsulti” presenti all’interno del modulo CURA;
- art. SP4 “Prestazioni di servizio” presente all’interno del modulo CONVALESCENZA;

L’Assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l’effettuazione.

**STRUTTURA ORGANIZZATIVA
ATTIVA 24 ORE SU 24**

**DALL’ITALIA:
800 767 888 (NUMERO VERDE)**

**DALL’ESTERO:
+39 02 30548800**

PER LE PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE PREVISTE NELLA SEZIONE SALUTE:

- l’erogazione della prestazione avviene nella fascia oraria indicata all’interno di ciascun articolo;
- il rimborso delle spese sostenute, quando previsto, avviene secondo le modalità indicate all’art. SS3 “Rimborso”.

PER LE PRESTAZIONI PREVISTE NELLA SEZIONE ASSISTENZA:

- l’erogazione della prestazione avviene nella fascia oraria indicata all’interno di ciascun articolo;
- le richieste di rimborso delle spese sostenute, a condizione che siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa, devono essere inoltrate, insieme ai giustificativi in originale a:

**INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza Generale per l’Italia
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma**

Informazioni da fornire

- codice fiscale dell’Assicurato o numero di contratto;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell’erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell’obbligo di avviso di sinistro.

La Struttura Organizzativa può richiedere all’Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l’integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

**INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza Generale per l’Italia
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma**

La Struttura Organizzativa può richiedere all’Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all’erogazione della prestazione; **in ogni caso è sempre necessario inviare alla**

Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificati delle spese effettivamente sostenute, a:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.



NOTA BENE

Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto all'assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro e abbia provveduto in autonomia ad attivare le prestazioni senza previa autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa.

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa non saranno rimborsate.



Elenco grandi interventi chirurgici

Neurochirurgia

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi di cranioplastica;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore;
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mieolopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale.

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Interventi di enucleazione del globo oculare.

Otorinolaringoiatria

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia);
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale);
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Ricostruzione della catena ossiculare;
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia.

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per echinococchi polmonare;
- Pneumectomia totale o parziale;
- Interventi per cisti o tumori del mediastino.

Chirurgia della mammella

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna.

Chirurgia cardiovascolare

- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale;
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Asportazione di tumore glomico carotideo.

Chirurgia dell'apparato digerente

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi per mega-esofago;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia);
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Interventi per echinococchi epatici;
- Resezione epatiche;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per neoplasie pancreatiche.

Urologia

- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Cistoprostatovesicolectomia;
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale;
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare.

Ginecologia

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica;
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.

Ortopedia e traumatologia

- Interventi per costola cervicale;
- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi di resezione di corpi vertebrali;
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio.

Trapianti di organo

- Tutti.



Informativa in materia di Protezione dei dati personali

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG. UE)

1. Titolare del trattamento dei dati personali

La società PiùVera Assicurazioni S.p.A., con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano, di seguito anche la “Società” o il “Titolare”.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta le seguenti categorie di dati personali: dati anagrafici, dati economico – finanziari; dati relativi allo stato di salute (di seguito, “Dati particolari”); dati inerenti a eventuali condanne penali e/o reati (di seguito “Dati giudiziari”), in presenza di una previsione normativa o di un’indicazione dell’Autorità Giudiziaria; dati relativi ai bisogni assicurativi del cliente.

I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d’informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg.UE.

4. Finalità – Base giuridica del trattamento – Natura del conferimento dei dati personali

I suoi dati personali saranno trattati dal Titolare per le seguenti finalità:

a) Finalità Assicurativa

I. Proposizione, conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo e dei connessi servizi assicurativi e strumentali come ad esempio per la verifica dei requisiti assuntivi per l’emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, determinazione della classe di merito, attività di liquidazione dei danni etc.) e dei relativi adempimenti normativi (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antifrode e antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all’Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).

In relazione a tale finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l’esecuzione del contratto ai sensi dell’art 6, par. 1, lett. b) Reg. UE, sia per l’adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell’art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i..

In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell’art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE;

II. Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella definizione di nuovi prodotti;

III. Contrastare e prevenire tentativi di frode nei confronti del Titolare.

La base giuridica del trattamento è il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare ai sensi dell’art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella tutela del patrimonio aziendale rispetto a tentativi di frode ed altre condotte illecite, nonché l’adempimento di obblighi di legge ai sensi dell’art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell’art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i.;

IV. Difesa dei diritti del Titolare in sede giudiziaria ed extragiudiziaria.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella tutela degli interessi e diritti propri;

V. Comunicazione dei dati relativi al contratto stipulato alle società del Gruppo di appartenenza per finalità amministrative e contabili.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti fra le società del Gruppo di appartenenza per necessità amministrative e contabili;

VI. Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa¹ per la gestione del rischio assicurato.

La base giuridica per il trattamento dei dati è il legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti per la gestione del rischio assicurato. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario per le finalità di cui alla lettera a) I, II, III, IV, V, VI, pertanto, l'eventuale omesso conferimento dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

b) Finalità di marketing effettuata dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto², consistenti, ad esempio, nell'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente.

c) Finalità di comunicazione dei Suoi dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza e a soggetti terzi appartenenti a varie categorie merceologiche (servizi finanziari, bancari e assicurativi, automotive, information technology, comunicazione) per loro finalità di marketing, proposizione e comunicazione commerciale.

d) Finalità di profilazione della clientela, anche mediante elaborazioni elettroniche, di comportamenti ed abitudini di consumo, in modo da migliorare i servizi forniti, soddisfare le specifiche esigenze e indirizzare eventuali proposte commerciali di interesse.

In riferimento alle finalità indicate dalla lettera b) alla lettera d), la base giuridica per il trattamento dei dati è il consenso ai sensi dell'art 6, par. 1, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto, l'eventuale omessa prestazione del consenso non determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

5. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i suoi Dati Personali potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi³ coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.
- soggetti terzi cui possono essere comunicati i suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, come pure l'estratto di eventuali accordi di contitolarità che possono essere richiesti scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it.

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

¹ Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

² Di cui all'art. 130, cc. 1, 2, 3, del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., tramite attività svolte, oltre che con interviste personali, questionari, posta cartacea, telefono – anche cellulare – tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con altri strumenti automatizzati, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web.

³ Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi, ecc; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali.

6. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei suoi Dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.

I dati raccolti saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o con modalità automatizzate, ivi inclusi i processi decisionali automatizzati che la Società adotta a titolo esemplificativo e non esaustivo per la verifica dei requisiti assuntivi cui è subordinata l'emissione del contratto, per la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti rispetto ai bisogni dei clienti e per lo svolgimento dei controlli antifrode.

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea (4) oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it.

8. Tempi di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

I dati trattati per le finalità di marketing indicate alle lettere c), d), e), del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede amministrativa, civile, penale e stragiudiziale.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg.Ue inviando apposita richiesta a mezzo e-mail al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo DPOpiuvera-assicurazioni@legalmail.it, oppure al Titolare del trattamento all'indirizzo piuvera-assicurazioni@legalmail.it.

Il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

- a) il diritto di revoca del consenso prestato;
- b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
- c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
- d) il diritto alla loro cancellazione, ogniqualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;
- e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
- f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;

- g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
- h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it>).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare

PiùVera Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Sede Amministrativa: Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano – Cod. Fisc. e Num. di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 01979370036, Partita I.V.A. di Gruppo 02886700349 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento Isvap n. 2388 del 09 Novembre 2005 G.U. N. 268 del 17 Novembre 2005 – Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00151. Appartenente al "Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia", iscritto all'Albo delle società capogruppo al n.057. Società soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. – e facente parte del "Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia".