

Fascicolo Informativo

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
DEL RAMO DANNI**

**RIMBORSO SPESE
SANITARIE ELITE**

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

■ Informativa ex art. 13
del D.lgs. 196 del 30/6/2003

■ Nota Informativa

■ Glossario

■ Condizioni di assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima
della sottoscrizione del contratto**

*Prima della sottoscrizione leggere
attentamente la Nota Informativa*



Vittoria
Assicurazioni

Nota Informativa (Regolamento ISVAP 35/2010)	pag. 2
---	--------

Informativa ex art.13 del D. Lgs. 30 Giugno 2003 n.196

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative	pag. 12
--	---------

Modalità d'uso dei dati personali	pag. 13
-----------------------------------	---------

Diritti dell'interessato	pag. 14
--------------------------	---------

Condizioni di Assicurazione

1 - Glossario	pag. 15
----------------------	---------

2 - Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 18
---	---------

3 - Formula Base	pag. 23
-------------------------	---------

4 - Condizioni Particolari	pag. 32
-----------------------------------	---------

5 - Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio Blue Assistance	pag. 34
---	---------

Allegato n.1 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici	pag. 36
---	---------

Allegato n.2 - Elenco Accertamenti Diagnostici	pag. 39
---	---------

Norme Operative

Premessa	pag. 41
-----------------	---------

Chi è e come opera Blue Assistance	pag. 42
---	---------

Precisazioni sulle prestazioni di Blue Assistance	pag. 43
--	---------

Come accedere alle prestazioni di Blue Assistance	pag. 44
--	---------

Modalità di pagamento e rimborso	pag. 45
---	---------

Prestazioni Aggiuntive	pag. 48
-------------------------------	---------

Nota Informativa (Reg. ISVAP 35/2010)

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Anche se sono illustrate le caratteristiche essenziali del prodotto assicurativo, la presente Nota informativa non sostituisce le condizioni contrattuali di cui il contraente deve prendere visione prima della sottoscrizione del contratto.

A. Informazioni sull'impresa di assicurazioni

1) Informazioni Generali

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni

Sede e Direzione: Italia, 20153 Milano, Via Caldera n. 21

Telefono +39 02 48 21 91 - Fax +39 02 48 21 95 71

Sito web: www.vittoriaassicurazioni.com

Posta elettronica: info@vittoriaassicurazioni.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L n. 966 del 29/4/1923 e del successivo decreto ministeriale del 26 novembre 1984

Codice Fiscale e numero d'iscrizione del Registro Imprese di Milano 01329510158

R.E.A. N. 54871

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione sez. I n. 1.00014 - iscritta all'Albo dei Gruppi Assicurativi n. 008

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa*

Il patrimonio netto di Vittoria Assicurazioni S.p.A. ammonta a 261,708.981 milioni di euro di cui 65,788.948 milioni a titolo di capitale sociale interamente versato e 195,920.033 milioni di euro a titolo di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione rami danni è pari a 1,8 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

* dati riferiti all'ultimo bilancio approvato, espressi in milioni di euro.

B. Informazioni sul contratto

Il contratto può avere durata annuale oppure poliennale, con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

“Avvertenza”

Il Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di 30 giorni prima della scadenza contrattuale, impedendo così il tacito rinnovo del contratto.

Termini e modalità per l'esercizio della disdetta sono regolati dall'art. 2.8 delle Condizioni Generali di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto qui descritto consiste in un'assicurazione che garantisce i rimborsi delle spese sostenute dagli Assicurati per le cure sanitarie, a seguito di infortuni o malattia.

È previsto un rimborso per le spese sostenute dal Contraente/Assicurato in caso di:

- Intervento chirurgico;
- Spese sanitarie da ricovero;
- Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o ad un intervento;
- Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero o ad un intervento chirurgico;
- Trasporto dell'Assicurato con ambulanza;
- Il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura di un familiare accompagnatore;
- Cure e protesi dentarie;
- Il parto non cesareo e l'aborto terapeutico;
- Il parto cesareo.

Il contratto prevede inoltre garanzie aggiuntive che prevedono indennità sostitutive del rimborso in caso di ricovero a totale carico del Servizio sanitario Nazionale o il rimborso per le spese sostenute in caso di:

- Cure termali;
- Cure figli neonati ed adottati;
- Trapianti di organi;
- Assistenza domiciliare per malattie termali;
- Assistenza infermieristica privata;
- Diagnostica, chemioterapia e radioterapia;
- Tossicodipendenza, Alcolismo, A.I.D.S., Malattie mentali;
- Medicina preventiva.

Per il dettaglio delle coperture, si rimanda all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede Condizioni Particolari relative a garanzie supplementari o alternative alla garanzia base sopra descritta, valide solo se richiamate in polizza.

Per le Condizioni Particolari rimandiamo per gli aspetti di dettaglio dall'articolo 4.1 all'articolo 4.6 delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto prevede inoltre Prestazioni Aggiuntive di Assistenza quali, a titolo esemplificativo:

- Un medico a casa;
- Un familiare accanto;
- Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato, ecc.

cui l'Assicurato può fare ricorso per il tramite di Blue Assistance.

Per i dettagli si rimanda al capitolo "Prestazioni Aggiuntive" delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Il contratto prevede casi di limitazione ed esclusione ovvero condizioni di sospensione delle coperture assicurative che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

Si rimanda a quanto previsto nel dettaglio dagli articoli 3.2 per la garanzia base e quelle aggiuntive, nonché dagli articoli 3.6, 3.7, 3.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Ulteriori limitazioni ed esclusioni delle coperture assicurative sono poi previste nelle singole Garanzie e nelle Condizioni Particolari, nonché alla sezione dedicata a Blue Assistance.

Per quanto concerne i casi di sospensione della garanzia si rimanda all'art. 2.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione e alle previsioni dell'art. 1901 del Codice Civile.

Avvertenza

Il contratto prevede la presenza di franchigie, scoperti e massimali.

Si rimanda per gli aspetti di dettaglio all'articolo 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Ulteriori franchigie, scoperti e massimali sono poi previste nelle singole Garanzie e nelle Condizioni Particolari.

Per una maggiore comprensione riportiamo di seguito alcune esemplificazioni numeriche volte ad illustrare il meccanismo di funzionamento degli istituti contrattuali sopra richiamati.

Massimale e somma assicurata: è la somma indicata nel contratto entro il cui limite l'Impresa si obbliga a rispondere nei confronti dell'assicurato nel caso si sia verificato un sinistro che riguardi le garanzie per le quali è prestata la copertura assicurativa.

Franchigie e scoperti: hanno lo scopo di evitare la gestione dei sinistri di lieve entità e di sensibilizzare l'attenzione dell'assicurato. Permettono, quindi, di contenere le spese di liquidazione e di ridurre il premio delle coperture.

La franchigia e lo scoperto rappresentano la parte dell'ammontare del danno che rimane a carico dell'assicurato.

La franchigia è costituita da un importo fisso, oppure è espressa in percentuale od in giorni, mentre lo scoperto è espresso in percentuale.

Esempio:

l'Assicurato subisce un intervento in Istituto di Cura convenzionato con Blue Assistance, ma con utilizzo di equipe operatoria non convenzionata.

Spese equipe operatoria: € 8.000

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato con applicazione di uno scoperto pari al 20% (con il massimo di € 1.500).

Importo scoperto: € 8.000 X 20% = € 1.600

Rimborso: € 8.000 - € 1.500 = € 6.500

Spese struttura sanitaria: € 3.000

Rimborso: € 3.000

Totale rimborso: € 3.000 + € 6.500 = € 9.500

Esempio:

Assistenza diagnostica

(questa garanzia è una Condizione Particolare, pertanto, valida se richiamata e corrisposto il relativo premio)

L'Impresa garantisce un massimale per anno e per persona pari a € 3.000, pertanto se le spese complessive sostenute dall'Assicurato nella medesima annualità risultano maggiori, l'Impresa non rimborsa l'eccedenza di spesa.

Somma assicurata Assistenza diagnostica: € 3.000,00

Importo complessivo delle spese sostenute in un anno: € 5.000,00

Massimo ammontare complessivo dei rimborsi: € 3.000,00

Esempio:

Franchigia opzionale per equipe medica convenzionata

(questa garanzia è una Condizione Particolare, pertanto, valida se richiamata in polizza)

L'Assicurato subisce un intervento in Istituto di Cura convenzionato con utilizzo di equipe operatoria convenzionata con Blue Assistance.

Spese equipe operatoria: € 8.000.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato con applicazione di una franchigia pari a € 900

Rimborso : € 8.000 - € 900 = € 7.100

Spese struttura sanitaria: € 3.000.

Rimborso: € 3.000

Totale rimborso: 7.100 + € 3.000 = € 10.100.

Avvertenza

In accordo tra le Parti possono essere inseriti limiti, esclusioni, franchigie e scoperti che saranno esplicitamente riportati sul simple di polizza.

Avvertenza

La copertura è prestata per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il 75°anno di età.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 2.8 delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza

Il contratto prevede inizialmente alcuni termini di aspettativa (detti anche "carenze"), che decorrono dalla data di pagamento della prima rata di premio. Si tratta di

periodi, stabiliti in funzione delle diverse patologie e per il parto, durante i quali la garanzia assicurativa non è operante.

I termini di aspettativa - che non riguardano gli infortuni - sono riportati all'art. 3.5 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza

Il Contraente prende atto che eventuali dichiarazioni false, ingannevoli e/o reticenti sulle circostanze del rischio rese in occasione della stipulazione del contratto e/o in occasione del sinistro, legittimeranno l'impresa a respingere il danno o a riconoscerlo in misura ridotta fatta salva la facoltà dell'impresa di perseguire anche in sede penale la tutela dei propri interessi.

Si rimanda agli articoli 2.1 e 2.2 delle Condizioni Generali di assicurazione nonché agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 del Codice Civile per gli aspetti di dettaglio relativamente alle conseguenze.

Avvertenza

La conclusione del contratto è subordinata alla preventiva compilazione da parte degli Assicurandi del Questionario Sanitario, che forma parte integrante della polizza.

Si segnala dunque l'assoluta necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario sanitario

Avvertenza

Il presente contratto non prevede specifici casi e/o cause di nullità a termini di legge.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

La presente polizza non prevede casi di aggravamento o diminuzione del rischio.

Non trova pertanto applicazione il disposto degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile.

7. Premi

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

A discrezione del Contraente il contratto può prevedere la possibilità di frazionare il premio in rate semestrali, applicando un aumento pari al 3%.

Avvertenza

L'impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di concordare frazionamenti del premio anche inferiori ai sei mesi, pagamenti in unica soluzione e coperture temporanee (cioè di durata inferiore a 1 anno).

L'aumento di premio che sarà applicato nel caso di frazionamenti inferiori ai 6 mesi è il seguente:

- Frazionamento quadrimestrale: 4%
- Frazionamento trimestrale: 5%

Il versamento del premio viene effettuato direttamente in favore di Vittoria Assicurazioni S.p.A. od in favore dell'Agenzia presso cui viene stipulato il contratto.

E' possibile provvedere al pagamento del premio mediante:

- assegno bancario o circolare N.T. intestati all'Impresa od all'intermediario;
- bonifico bancario;
- moneta elettronica
- pagamento in conto corrente postale;
- pagamento a mezzo contanti nei limiti previsti dalla normativa generale e di settore.

Avvertenza

L'impresa o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita dell'impresa medesima.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Relativamente alla garanzia base e alla Condizione Particolare "Grandi Interventi Chirurgici" il premio per ciascun Assicurato è determinato in funzione di parametri previsti e più precisamente in base alla provincia di residenza del Contraente ed all'età di ogni Assicurato.

Il premio alla scadenza di ciascuna annualità viene automaticamente aggiornato in base al coefficiente di invecchiamento dell'Assicurato previsto in polizza, nonché, così come per le somme assicurate e per tutte le garanzie, della variazione dell'indice ISTAT "servizi sanitari e spese per la salute".

Per il dettaglio si rimanda agli articoli 2.10, 2.11 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

Avvertenza

Il presente contratto prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso sia in favore del Contraente sia in favore dell'Impresa.

Per gli aspetti di dettaglio e per le modalità e i termini di esercizio del diritto in questione si rimanda agli articoli 2.1, 2.8, 2.9, 3.2.h), 3.7, 4.5 e 4.6 delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso di contratto poliennale il contraente ha inoltre facoltà di recedere dal contratto, trascorso il quinquennio, senza oneri e con preavviso di 60 giorni con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Resta inteso che il presente contratto non prevede la possibilità da parte dell'Impresa di recedere dallo stesso in caso di sinistro.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono **in due anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

L'assicurato può interrompere la prescrizione biennale tramite una semplice dichiarazione o richiesta fatta per iscritto. L'interruzione della prescrizione può avvenire anche attraverso il riconoscimento del diritto dell'Assicurato da parte dell'Impresa.

Cause di decadenza dei diritti derivanti dal contratto è il mancato rispetto dei termini di presentazione della denuncia di sinistro.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Riguardo alle Prestazioni Aggiuntive, il diritto alle prestazioni di assistenza fornite decade qualora l'assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto, **in base all'art. 180 del D. Lgs. 209/2005**, è quella italiana.

12. Regime fiscale

Di seguito viene illustrato il regime fiscale applicabile al contratto dalla normativa in vigore al momento della redazione della presente Nota Informativa.

Tassazione del Premio

Il premio versato sul presente contratto è gravato di un'imposta a carico del Contraente, pari all'importo indicato nel contratto di assicurazione nello specifico campo.

Detrazione Fiscale

Il presente contratto non dà diritto ad alcuna detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

La data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale o altra prestazione sanitaria assicurata.

La denuncia di sinistro, qualora l'Assicurato si avvalga dei Servizi Convenzionati con Blue Assistance, deve essere attivata esclusivamente telefonando ai numeri indicati nella Carta Servizi rilasciata ad ogni Assicurato al momento della sottoscrizione della polizza.

L'Assicurato che non si avvale dei Servizi Convenzionati con Blue Assistance e che pertanto non ha concordato preventivamente con Blue Assistance il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati deve, appena possibile, dare

avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dall'Impresa tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato. Pur essendo la documentazione delle spese acquisita dall'Impresa, quest'ultima tuttavia restituisce la parte relativa alle spese previa iscrizione dell'importo rimborsato e della data del rimborso.

Per gli aspetti di dettaglio relativi alla presentazione della denuncia ed alle procedure liquidative, rimandiamo al capitolo 5 "Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio Blue Assistance", nonché alla Sezione "Norme operative" dedicata al servizio Blue Assistance.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza

Le prestazioni sanitarie di cui l'Impresa si fa carico vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato (medici chirurghi, strutture sanitarie), prestato per il tramite e con l'assistenza di Blue Assistance, contattando preventivamente la Centrale Operativa.

L'Assicurato può comunque ricorrere a medici e strutture non convenzionati inoltrando successivamente richiesta di rimborso a Blue Assistance.

Le Prestazioni Aggiuntive, sono erogate per il tramite di Blue Assistance previo contatto con la Centrale Operativa.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda al capitolo Norme Operative delle Condizioni di Assicurazione.

L'elenco aggiornato delle strutture sanitarie convenzionate è consultabile sul sito internet www.vittoriaassicurazioni.com nella sezione prodotti.

15. Reclami

Fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Caldera, n. 21 - 20153 Milano (fax 02/48.20.47.37 - tel. 02 / 409.418.01 - e-mail servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it). Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma.

Devono essere presentati direttamente all'ISVAP, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti:

- a) l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 Settembre 2005, n. 209 - Codice delle Assicurazioni - e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

b) le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.

In particolare i reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP:

- a) i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'ISVAP provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;
- b) i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'ISVAP provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB - via G.B. Martini 3 - 00198 Roma;
- d) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP - via in Arcione 71 - 00187 Roma.

In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'ISVAP provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

16. Arbitrato

In caso di disaccordo di natura medica sul rimborso, all'avente diritto, delle spese da Questi sostenute, è prevista per le Parti la possibilità di ricorrere ad Arbitrato.

In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Medico, mentre le spese del terzo Medico sono ripartite a metà.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'art. 5.6.

Avvertenza

In ogni caso è sempre possibile per il Contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Il Collegio Medico risiede nel comune - sede di Istituto di Medicina Legale - più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato.

Per eventuali aggiornamenti delle informazioni, non di carattere normativo, contenute nel Fascicolo Informativo si rimanda alla consultazione del sito www.vittoriaassicurazioni.com.

Vittoria Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

L'Amministratore Delegato
Roberto Guarena



Informativa ex art.13 del D.Lgs.196 del 30 giugno 2003

Codice in materia di protezione dei dati personali

In applicazione della normativa sulla "privacy", La informiamo sull'uso dei suoi dati personali e sui Suoi diritti.

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative¹

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano - dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti² e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di Legge³ - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il **consenso** che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili⁴ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁵, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate, i dati, secondo i casi, possono e debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶.

1 La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di Legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

2 Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo (v. nota 6).

3 Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro di cui al decreto Legislativo n.231 del 21/11/2007 e al decreto legislativo n. 109 del 22/6/2007 e successive modifiche. In adempimento alle suddette normative la Società è tenuta alla identificazione della clientela anche ai fini della individuazione delle operazioni anomale da segnalare all'UIF. Pertanto la mancata fornitura dei dati richiesti potrebbe determinare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

4 Sono i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, cioè quelli relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

5 Ad esempio i dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

6 Secondo il particolare rapporto di prestazione, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, clinica convenzionata; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge);
- ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- organismi consorzi propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati -, quali:
 - assicurazioni incendio: Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Roma), per la valutazione dei rischi atomici e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione e/o retrocessione tra le imprese assicuratrici consorziate;

Il **consenso** che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Ad esclusione di quelli sensibili i dati raccolti come sopra descritto sono anche trattati dalla Società per finalità commerciali e di marketing, quali quelle di informazione e promozione di prodotti e servizi, di rilevazione della qualità dei servizi prestati o del grado di soddisfazione della clientela, di ricerche di mercato etc.: queste attività sono svolte direttamente dalla Società oppure da soggetti terzi, elencati in calce alla nota (6), che svolgeranno per la Società le attività sopra descritte.

Al momento della stipulazione del contratto le verrà richiesta di prestare il suo consenso anche per queste finalità.

Modalità d'uso dei dati personali

I dati sono trattati⁷ dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso

- assicurazioni R.C. generale: Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento (Via Fatebenefratelli, 10 - Milano), per la valutazione dei rischi da inquinamento e/o assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;
- CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Paisiello, 33 - Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile R.C. Auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita;
- commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri;
- ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma), ai sensi della Legge 12 agosto 1982, n. 576, e della Legge 26 maggio 2000, n.137;
- nonché altri soggetti, quali: UIF - Unità di Informazione Finanziaria - Banca d'Italia (Largo Bastia, 35 - Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della Legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Roma), ai sensi del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38;
- CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della Legge 7 giugno 1974, n. 216;
- Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), IMPDAI (Viale delle Provincie, 196 - Roma), INPGI (Via Nizza, 35 - Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605;
- Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato);
- Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria;

Per le finalità commerciali e di marketing i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti e da questo trattati: società del gruppo Vittoria (comprese le controllanti, controllate e collegate, anche inderettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; altre imprese di assicurazione; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori e altri canali di acquisizione dei contratti di assicurazione, banche e SIM.

7 Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

8 Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena

avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

Per l'esercizio dei Suoi diritti potrà contattare la Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Caldera n. 21 - 20153 Milano (fax 02.48.20.47.37 - tel. 02.40.94.18.01 - e-mail servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it)(10).

⁹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di Legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

¹⁰ L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli al Servizio indicato in informativa.

1 - Glossario

Ai sotto elencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Accertamenti diagnostici

Le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero oppure in poliambulatori diagnostici.

Assistenza infermieristica

L'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Blue Assistance

La Società per Azioni che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto della Vittoria Assicurazioni, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso ai Contraenti/Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Carta Servizi

La Carta Servizi appositamente predisposta per Rimborso spese sanitarie ELITE, rilasciata ad ogni Assicurato al momento della stipulazione della polizza e che consente allo stesso di essere accolto dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, ricevendo l'assistenza necessaria senza dover sostenere in proprio alcuna spesa (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti).

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Centrale Operativa

É la struttura di Blue Assistance - costituita da medici, operatori che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato ed alla gestione dei sinistri e dei servizi relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

Day hospital

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.

Documentazione sanitaria e di spesa

La fotocopia della cartella clinica completa (in caso di ricovero), le prescrizioni ed i referti medici, nonché la documentazione di spesa (originali delle fatture e delle notule, fiscalmente regolari e quietanzati), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate ed in garanzia.

Fax di presa in carico

Il documento con cui Blue Assistance comunica alle strutture sanitarie convenzionate i termini di operatività della garanzia. Riporta inoltre i limiti di polizza, i diritti e gli obblighi di Blue Assistance e dell'Assicurato verso la struttura ed i medici chirurghi.

Fisiochinesiterapia

Terapie specifiche (marconiterapia, radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) - prescritte dal medico curante - praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla fisiochinesiterapia od in strutture ambulatoriali di Istituti di cura.

Impresa

VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

Provedimento terapeutico, comprese le gessature, che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruento, con o senza ricovero.

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, gli ospedali militari.

Malattia

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

Malattia terminale

Malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'Assicurato la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente, od anche a svolgere le comuni attività quotidiane.

Malformazione, difetto fisico

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

Poliambulatori diagnostici

Struttura poliambulatoriale regolarmente autorizzata per gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche.

Residenza

Luogo in Italia in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

Ricovero

Permanenza in Istituto di cura con pernottamento o in day hospital.

Rimborso

La somma dovuta all'Assicurato/Contraente in caso di sinistro.

Scoperto

Parte del danno indennizzabile espressa in percentuale sull'ammontare del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Somma assicurata

L'importo di massimo rimborso per anno assicurativo e per ogni Assicurato.

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati

Le strutture sanitarie (istituti di cura, poliambulatori diagnostici, day hospital) ed i medici chirurghi tramite i quali l'Assicurato potrà fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

2 - Condizioni Generali di Assicurazione

2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2.2 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente/Assicurato deve comunicare all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1910 del Codice Civile.

L'omissione dolosa della comunicazione di cui sopra può comportare la perdita del diritto al rimborso.

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri.

2.3 – Decorrenza dell'assicurazione e successive scadenze di premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui è firmata la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data successiva; in caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite (art.1901 del Codice Civile).

2.4 – Pagamento del premio e stipula indipendente da ogni altra assicurazione

La prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro il rilascio di quietanze che devono riportare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso l'Impresa.

La sottoscrizione della presente polizza, indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future, impegna il Contraente a mantenere in vita la polizza stessa per tutta la durata pattuita ed a pagare le rate di premio alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 2.2.

2.5 – Modifiche dell'assicurazione

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

2.6 – Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione del Contraente/Assicurato deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione dell'Impresa, oppure a Blue Assistance per i casi contrattualmente previsti (vedasi capitolo 5 – Denuncia e liquidazione dei sinistri).

2.7 – Assicurazione per conto altrui

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

2.8 – Recesso , Disdetta e Proroga della polizza

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21 della L. n° 99 del 23 luglio 2009, qualora la durata della polizza sia superiore a cinque anni il Contraente, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Fermo quanto sopra, l'Impresa, alla scadenza naturale della polizza, in assenza di disdetta inviata dal Contraente con le modalità di cui al quarto capoverso, si obbliga a prorogare la polizza, purché di durata non inferiore ad 1 anno ed eccettuati i casi di cui ai successivi artt. 2.9 e 3.7, per una o più volte e per una durata di 1 anno per ciascuna proroga, con le Garanzie, i Servizi e le Tariffe di premio in vigore alla data delle singole scadenze anniversarie per la generalità delle polizze Rimborso Spese Sanitarie della Linea Salute e Benessere denominate "ELITE" o "Formula Salute" o analoga Linea eventualmente commercializzata in sostituzione.

Le Garanzie, i Servizi e le Tariffe di premio saranno depositati e consultabili presso la Direzione Generale dell'Impresa e le sue Agenzie e comunque comunicati al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza.

Il Contraente che non intenda accettare le nuove condizioni di polizza proposte ha facoltà di disdettare il contratto, mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza.

L'obbligo di proroga a carico dell'Impresa permane esclusivamente per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il 75° anno di età.

2.9 – Facoltà dell'Impresa di non prorogare l'assicurazione

Con riferimento a quanto previsto al precedente art. 2.8, l'Impresa non è obbligata a prorogare nuovamente l'assicurazione in caso di:

- a) comportamenti del Contraente o dell'Assicurato atti ad esagerare dolosamente l'entità del sinistro;

- b) dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato rese con dolo o colpa grave al momento della stipulazione della polizza;
- c) rinuncia del Contraente a prorogare l'assicurazione anche per uno solo degli Assicurati viventi, salvo il caso di modifiche intervenute nella composizione del nucleo familiare assicurato;
- d) cessazione dell'esercizio del ramo malattie da parte dell'Impresa;
- e) cessazione del Contraente, qualora non sia una persona fisica, salvo che tutti gli Assicurati, nessuno escluso, decidono di subentrare nei diritti e negli obblighi del Contraente e corrispondano, con le stesse modalità e negli stessi termini, il premio dovuto all'Impresa;
- f) decesso del Contraente, fermo restando che l'Impresa è obbligata a continuare l'assicurazione con uno o più degli altri Assicurati che ne facciano richiesta entro 15 giorni dalla scadenza anniversaria o infrannuale.

Per i precedenti punti e) ed f), in ogni caso di scadenza infrannuale i premi da corrispondere all'Impresa saranno pari a quelli applicabili, per ogni Assicurato, alla polizza in corso col precedente Contraente.

2.10 – Modalità di calcolo del premio

Il premio della presente polizza è determinato in base all'età degli Assicurati al momento della stipulazione, così come ad ogni successiva scadenza anniversaria.

Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il premio aumenterà, in base ai coefficienti indicati nel successivo riquadro, per tener conto dell'incremento di età, come di seguito esposto:

- a) si esegue la somma dei coefficienti relativi all'età di ogni Assicurato alla data della precedente scadenza anniversaria;
- b) si esegue la somma dei coefficienti relativi all'età di ogni Assicurato alla data della scadenza anniversaria in considerazione;
- c) si esegue la differenza tra i due totali, si divide il risultato per la somma di cui al punto a) e si moltiplica il risultato per cento.

L'importo così ottenuto corrisponde alla percentuale di aumento da applicare al premio della precedente scadenza anniversaria, fermo quant'altro previsto all'art.2.11 – Indicizzazione.

L'importo del premio così calcolato risulterà nel documento che ad ogni scadenza anniversaria, e fino alla scadenza finale della polizza, l'Impresa presenterà al Contraente.

Resta inteso che nessun aumento è invece dovuto in caso di aggravamento dello stato di salute degli Assicurati determinatosi successivamente alla stipulazione della polizza.

Se richiamate le Condizioni Particolari 4.4, 4.5 e 4.6 il premio di quest'ultime, per l'annualità successiva a quella di stipulazione, varierà esclusivamente in base a quanto previsto all'art. 2.11- Indicizzazione e non con le modalità previste dal presente articolo.

Riquadro dei coefficienti per età							
Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
1	29,00	20	64,10	39	98,14	58	143,47
2	29,70	21	67,17	40	100	59	146,40
3	30,43	22	70,16	41	101,86	60	149,46
4	31,11	23	73,73	42	103,78	61	152,61
5	31,87	24	75,02	43	105,78	62	155,82
6	32,70	25	76,37	44	107,85	63	159,03
7	33,52	26	77,66	45	109,99	64	162,38
8	34,50	27	79,01	46	112,13	65	165,81
9	35,38	28	80,51	47	114,28	66	169,38
10	36,91	29	81,87	48	116,56	67	173,02
11	38,94	30	83,37	49	118,84	68	176,73
12	41,46	31	84,80	50	121,13	69	180,51
13	44,42	32	86,30	51	123,63	70	184,37
14	47,82	33	87,94	52	126,05	71	188,31
15	49,32	34	89,51	53	128,62	72	192,48
16	52,32	35	91,15	54	131,26	73	196,95
17	55,25	36	92,79	55	133,90	74	201,81
18	58,17	37	94,58	56	136,62		
19	61,10	38	96,36	57	140,47		

2.11 – Indicizzazione

La somma assicurata ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Servizi Sanitari e Spese per la salute" rilevato dall'ISTAT.

L'adeguamento avviene in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione, in più o in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o al suo equivalente, le somme assicurate, le franchigie, i limiti di rimborso non espressi in percentuale ed il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'Impresa proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

Mancando l'accordo l'adeguamento verrà conglobato in quello della successiva scadenza anniversaria.

Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai limiti previsti dalle Prestazioni aggiuntive.

2.12 – Imposte e tasse

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

2.13 – Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge.

3 - Formula Base

3.1 – Premessa

L'Impresa, in base alle dichiarazioni rese dal Contraente anche in nome e per conto degli Assicurati risultanti sul simple di polizza mod. PA.027.830, garantisce i rimborsi delle spese dagli stessi sostenute per le cure sanitarie di seguito indicate e fino alla concorrenza, per anno assicurativo e per ogni Assicurato, della somma indicata sul predetto simple mod. PA.027.830.

3.2 – Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero o di intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- I Intervento chirurgico: onorari dell'équipe operatoria (chirurgo, aiuto, anestesista e ogni altro professionista partecipante attivamente all'intervento), nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi – escluse quelle dentarie, nonché lenti a contatto ed occhiali, ma comprese le I.O.L. (cristallino artificiale)- applicati durante l'intervento. In caso di sostituzione di detti apparecchi terapeutici e protesi determinata da necessità medica, le spese per il loro acquisto sono rimborsate **nel limite di Euro 3.300 per anno assicurativo**.

L'infortunio che determina la necessità di intervento di chirurgia plastica ricostruttiva deve essere comprovato anche da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie.

- II Spese sanitarie da ricovero: rette di degenza, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure (**con il limite per dialisi di 30 applicazioni per anno assicurativo**), fisiochinesiterapia, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il ricovero e/o l'intervento chirurgico.
- III Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o ad un intervento: visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), fisiochinesiterapia, **nei 90 giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico e purché queste prestazioni siano ad essi inerenti**.
- IV Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero o ad un intervento chirurgico: visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), medicinali, fisiochinesiterapia, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche), **nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico e purché queste prestazioni siano ad essi inerenti**.
- V Trasporto dell'Assicurato con ambulanza: in istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno al proprio domicilio, fino ad un massimo **rimborso di Euro 3.300 per anno assicurativo**. La necessità del trasporto deve essere certificata da un medico.
- VI Il vitto ed il pernottamento in istituto di cura di un familiare accompagnatore: per un periodo **non superiore a 60 giorni per ricovero**. In caso di ricovero all'estero l'Impresa, oltre a quanto sopra indicato, rimborsa anche, **fino ad un massimo di Euro 2.100 per anno assicurativo**, le spese sostenute dal familiare accompagnatore per il

viaggio in treno o con aereo di linea e, in caso di comprovata indisponibilità dell'istituto di cura, quelle per il suo vitto e pernottamento in struttura alberghiera.

VII Cure e protesi dentarie: Cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o infortunio, quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie.

Limitatamente alle protesi il **rimborso massimo per sinistro è di Euro 6.600.**

VIII Il parto non cesareo e l'aborto terapeutico: **nel limite di Euro 5.000 per sinistro** ed escluse le spese precedenti e successive al ricovero avanti indicate ai punti III e IV il limite di rimborso e le predette esclusioni non si applicano in caso di aborto spontaneo o post-traumatico.

IX Il parto cesareo: **nel limite di Euro 10.000 per sinistro.**

Relativamente ai punti VIII) e IX) qualora il parto avvenga a domicilio dell'Assicurata, l'Impresa corrisponde **un rimborso forfetario di Euro 1.000.**

Garanzie aggiuntive

Nei limiti della somma assicurata, se ancora disponibile, l'Impresa inoltre rimborsa in base a quanto segue:

a) Indennità sostitutiva del rimborso

Qualora le spese avanti indicate al presente articolo siano, in caso di ricovero, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, l'Impresa corrisponde:

- un'indennità pari a Euro 200 per ogni pernottamento, **con il massimo di 100 pernottamenti per anno assicurativo;**
- un'indennità pari a Euro 100 per ogni giorno di ricovero in day hospital, **con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo.**

Qualora le suddette spese di ricovero siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, il Contraente/Assicurato può scegliere tra l'indennità di cui sopra ed il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico.

Le spese eventualmente sostenute per le prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui ai punti III e IV, sono comunque rimborsate con le modalità previste dai punti 5) e 6) delle norme operative.

b) Cure termali

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

c) Cure figli neonati ed adottati

Per i nati da un parto rimborsabile a termini di polizza o per i minori in affidamento preadottivo, l'assicurazione è operante negli stessi termini previsti per l'Assicurata al momento del parto o dell'affidamento e gratuitamente nei primi 365 giorni di vita o affidamento.

Per il solo neonato sono comprese anche le cure rese necessarie da malformazioni e difetti fisici.

d) Trapianti di organi

In caso di trapianto di organi, le garanzie prestate a favore dell'Assicurato ricevente operano, nei limiti della somma per lui assicurata, anche per il ricovero ospedaliero relativo al donatore. Sono compresi gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica e infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza ed il trasporto di organi o di parti di essi.

e) Assistenza domiciliare per malattie terminali

In caso di malattia terminale l'Impresa rimborsa anche le spese sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta, fino a Euro 240 per ogni giorno e per un **massimo di 90 giorni per anno assicurativo**;

oppure, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:

- assistenza infermieristica professionale a domicilio, fino a Euro 120 per ogni giorno e per un **massimo di 90 giorni per anno assicurativo**.

f) Assistenza infermieristica privata

L'Impresa rimborsa le spese sostenute dal Contraente/Assicurato durante il ricovero e **nei 90 giorni successivi al ricovero** presso il domicilio dell'Assicurato per assistenza infermieristica professionale privata **sino alla concorrenza di Euro 3.500 per anno assicurativo elevati a Euro 5.000 per il trapianto di organi**.

La presente condizione aggiuntiva non si cumula con la precedente condizione aggiuntiva e).

g) Diagnostica, chemioterapia e radioterapia

In assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, l'Impresa rimborsa, ferma la somma assicurata:

- le spese sostenute per trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura delle neoplasie maligne a carattere invasivo (eccettuata la leucemia linfatica cronica), dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin, purché la situazione patologica sia comprovata da referto istopatologico o da certificazione di istituto di cura e **fino alla concorrenza di Euro 6.600 per anno assicurativo**;
- le spese sostenute, **fino alla concorrenza di Euro 1.000 per anno assicurativo**, per i seguenti accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante: angiografia, risonanza magnetica nucleare (RMN), densitometria ossea computerizzata (DOC), mineralogia ossea computerizzata (MOC), scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche, tomografia assiale computerizzata (TAC).

h) Tossicodipendenza, Alcolismo, A.I.D.S., Malattie mentali

Fermo restando quanto previsto dall'art. 3.7 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione – nei confronti degli Assicurati che nel corso del contratto diventassero tossicodipendenti, alcolisti, contraggano l'A.I.D.S. o manifestino malattie mentali e disturbi psichici in genere (ivi compresi i comportamenti nevrotici), a parziale deroga si conviene che:

- a) **In caso di tossicodipendenza o alcolismo**, qualora l'Assicurato si sottoponga a cure di disintossicazione con ricovero presso Centri, Comunità o Istituti abilitati dalle competenti Autorità, in base alla vigente normativa, al recupero psicofisico dei tossicodipendenti o degli alcolisti, l'Impresa rimborsa le spese sostenute durante il ricovero in detti centri fino a Euro 180 per ogni giorno e **per un periodo massimo di 90 giorni**.

Questa estensione di garanzia vale solo per il primo ricovero. **Terminato il periodo di ricovero o comunque decorsi 90 giorni dal giorno di inizio del ricovero stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure.**

- b) **In caso di A.I.D.S.** che risulti, da documentazione medica, in fase conclamata l'Impresa mette a disposizione dell'Assicurato una somma pari a Euro 6.600 fermo restando che **l'assicurazione cessa indipendentemente dall'esito delle cure.**
- c) **In caso di malattie mentali, disturbi psichici (ivi compresi i comportamenti nevrotici)** l'Impresa rimborsa le spese sostenute durante il ricovero fino a Euro 180 per ogni giorno e per un periodo massimo di 90 giorni.

Questa estensione di garanzia vale solo per il primo ricovero. **Terminato il periodo di ricovero o comunque decorsi 90 giorni dal giorno di inizio del ricovero stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure.**

i) Medicina preventiva

L'Impresa rimborsa le spese, per gli Assicurati che abbiano **compiuto 30 anni**, relative all'effettuazione di un check-up, da eseguirsi in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate con Blue Assistance:

DONNA		UOMO	
tra 30 e 40 anni		tra 30 e 40 anni	
1. ESAMI DI LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cloremia • Sodiemia • Potassiemia • GOT • GPT • Bilirubina frazionata • Protidogramma • Esame urine 	1. ESAMI DI LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cloremia • Sodiemia • Potassiemia • GOT • GPT • Bilirubina frazionata • Protidogramma • Esame urine
<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • VES • Glicemia • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • LDH • Trigliceridi • Creatininemia • Azotemia 	2. PAP TEST 3. VISITA GINECOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • VES • Glicemia • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • LDH • Trigliceridi • Creatininemia • Azotemia 	2. E.C.G. (Elettrocardiogramma) 3. VISITA CARDIOLOGICA
> a 40 anni		> a 40 anni	
in aggiunta a quanto sopra:		in aggiunta a quanto sopra:	
4. E.C.G. (Elettrocardiogramma)	7. Rx Mammografia	4. Esame di laboratorio : PSA	6. Ricerca sangue occulto nelle feci
5. Visita cardiologica	8. Ricerca sangue occulto nelle feci	5. Radiografia del Torace	
6. Rx del Torace			

Per poter effettuare il check-up l'Assicurato deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa di Blue Assistance la quale provvederà alla prenotazione presso una delle strutture convenzionate in base alla disponibilità del momento e alla vicinanza al domicilio dell'Assicurato, entro cinque giorni dalla data della richiesta inviandone conferma all'Assicurato mediante la modalità convenuta (telefono, e-mail, fax, lettera).

L'Assicurato può effettuare il check-up ogni 2 anni (anche in caso di sostituzione del presente contratto con analogo contratto "Rimborso Spese Sanitarie ELITE") **a decorrere dal 2° anno di vita del presente contratto.**

Nulla sarà dovuto qualora i check-up non vengano eseguiti nei termini suindicati.

Il primo check-up è totalmente a carico dell'Impresa. **Per i successivi check-up è prevista l'applicazione di una franchigia fissa di Euro 150, che rimane a carico dell'Assicurato e che dovrà, dallo stesso, essere versata alla struttura convenzionata.**

Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

3.3 – Erogazione delle prestazioni sanitarie

Con riferimento a quanto indicato al capitolo 5 – "Denuncia e liquidazione dei sinistri" ed al capitolo "Modalità di pagamento e rimborso" delle Norme Operative, l'Impresa riconosce le prestazioni sanitarie nei termini previsti dal precedente art. 3.2 - "Oggetto dell'assicurazione", con le modalità di seguito illustrate :

a) quando erogate all'Assicurato da **strutture sanitarie e medici convenzionati** con Blue Assistance, il pagamento sarà effettuato direttamente a strutture e medici previa applicazione, per i medici chirurghi, delle franchigie previste agli artt. 4.1 e 4.2 (se richiamate);

b) quando erogate all'Assicurato da:

- **strutture sanitarie e medici non convenzionati** con Blue Assistance;
- **strutture sanitarie convenzionate** con Blue Assistance e **medici non convenzionati**,

il rimborso all' Assicurato sarà corrisposto:

b.1 Intervento chirurgico con o senza ricovero

- **fino alla concorrenza dei limiti per sinistro di Euro 4.000** relativamente alle spese per l'equipe operatoria in caso di interventi per :

- Adenoidectomia;
- Appendicectomia;
- Emie addominali;
- Emmorroidectomia;
- Safenectomia radicale;
- Tonsillectomia.

- **con uno scoperto del 20% per gli altri interventi chirurgici. Lo scoperto a carico dell'Assicurato non potrà essere superiore a Euro 1.500 per ogni sinistro;**

- le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente.

b.2 Ricovero senza intervento chirurgico

- le spese omnicomprensive per l'intera equipe medica che presta assistenza sono rimborsate per ciascun giorno di degenza con il limite giornaliero di:

Ricoveri in terapia intensiva/subintensiva o di unità coronarica	Ricoveri per cure oncologiche	Altri ricoveri
Euro 500	Euro 500	Euro 180

- le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente.

b.3 Spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale

- **le spese sono rimborsate con uno scoperto del 20%.**

I limiti e gli scoperti suindicati non si applicano in caso di :

- Trapianti di organi (garanzia aggiuntiva d) art. 3.2);
- Ricoveri all'estero per malattia improvvisa o infortunio (art. 3.11);
- Grandi Interventi Chirurgici (cond.part. 4.3)

3.4 – Polizza emessa in sostituzione di altra polizza

Nel caso in cui la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, prima della scadenza finale, di altra polizza dello stesso tipo Rimborso Spese Sanitarie ELITE, la somma assicurata è quella indicata sul simplo della presente polizza, mentre **i limiti di rimborso indicati all'art. 3.2 saranno, se superiori, quelli previsti nel contratto sostituito**, eventualmente aggiornati in base a quanto pattuito all'art. 2.11 – Indicizzazione.

Dopo la scadenza della presente polizza le Garanzie, i Servizi e le Tariffe di premio saranno quelli pattuiti in base a quanto previsto all'art. 2.8 – Proroga della polizza.

3.5 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo il disposto dell'art. 2.3 – Decorrenza dell'assicurazione, la garanzia inizia:

- a) dal momento in cui ha effetto la polizza, per gli infortuni;
- b) dal 180°giorno successivo per le conseguenze di stati patologici (malattie diagnosticati, o sottoposti ad accertamenti, o curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati dagli Assicurati nel questionario sanitario e non esplicitamente esclusi dall'Impresa o dalle condizioni di polizza;
- c) dal 300°giorno successivo per il parto e per le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione della polizza;
- d) dal 180° giorno successivo per gli stati patologici, diversi da quelli indicati al precedente punto c), non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza stessa;
- e) dal 30°giorno successivo per le altre malattie.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 90 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della polizza.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste, se previste anche dalla presente polizza;
- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esse previste.

Le presenti norme relative al caso di sostituzione valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa polizza.

3.6 – Esclusioni e variazioni in corso di polizza

L'assicurazione non comprende:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché le malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Le patologie dichiarate e non esplicitamente escluse dall'Impresa si intendono invece comprese, fermo comunque quanto previsto ai successivi punti del presente articolo e in conformità all'art. 3.5 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa;
- b) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti, oppure dalla partecipazione ad Imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo);
- d) gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto;
- e) gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni;
- g) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ed a uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) il parto e l'aborto (salvo quanto stabilito all'art. 3.2 punti VIII e IX, ma escluso in ogni caso l'aborto volontario non terapeutico), nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio), nonché quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie (salvo

quanto previsto all'art. 3.2 punto VII), le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miotico;

- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- l) eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- m) le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza;
- o) gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell' Ordine.

L'assicurazione, inoltre, non comprende, salvo quanto espressamente previsto all'art. 3.2:

- fisioterapie e cure rieducative e termali, medicinali;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.

Per le maggiori somme assicurate, i maggiori limiti di rimborso e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso di polizza, le disposizioni di cui alle precedenti lettere a), f) e n) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della polizza.

Per variazione si intende anche la ripresa della polizza senza soluzione di continuità, od anche la sostituzione di altra polizza precedentemente in corso con la Vittoria Assicurazioni S.p.A.

3.7 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere.

La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione. In tal caso l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

3.8 – Infortuni causati da colpa grave – tumulti – rischio guerra – malore o incoscienza

Nei limiti e con le esclusioni precedentemente indicati sono compresi i rimborsi delle spese per i ricoveri conseguenti ad infortuni derivanti da malore o incoscienza e, inoltre, l'assicurazione comprende, a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile (inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave), nonché dell'art.1912 (inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari), i ricoveri per gli infortuni derivante da colpa grave dell'Assicurato e quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, nonché i ricoveri per gli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra , guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

3.9 - Rinuncia alla rivalsa

L'impresa rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili prevista dall'art.1916 del Codice Civile.

3.10 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

3.11 – Ricoveri all'estero per malattia improvvisa o infortunio

Per malattia improvvisa si intende una malattia acuta di cui l'Assicurato non è a conoscenza e che non sia la manifestazione di un precedente morbo; qualora una tale malattia o un infortunio, purché si manifesti o accada all'estero, rendono necessario effettuare, sempre all'estero:

- il ricovero d'urgenza
- l'immediato intervento chirurgico, anche senza ricovero

il rimborso delle relative spese avverrà nei termini di cui all'art. 3.2 delle Condizioni di assicurazione, anche nel caso di ricorso a strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance.

Quanto sopra in base alle condizioni tutte di polizza e semprechè l'Assicurato, al momento del sinistro, abbia la residenza (dimora abituale) in Italia.

Qualora non si utilizzino Servizi Convenzionati con Blue Assistance, la modalità di indennizzo diretto è inapplicabile. L'Assicurato, in tal caso, dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute, che verranno rimborsate da Blue Assistance con le modalità indicate al capitolo 5 – “Denuncia e liquidazione dei sinistri” e al capitolo “Modalità di pagamento e rimborso” delle Norme Operative.

Resta inteso che i rimborsi verranno eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia al momento del sinistro, al cambio medio – diffuso dalla Banca d'Italia – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4 - Condizioni Particolari

4.1 – Franchigia opzionale

Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese previste all'art. 3.2 sarà effettuato tramite Blue Assistance detraendo una franchigia pari a Euro 900 (pertanto le somme pari o inferiori al predetto importo non danno diritto ad alcun rimborso).

In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva prevista all'art. 3.2, lettera a) delle Condizioni di Assicurazione, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero, fermo il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di day hospital) per anno assicurativo.

4.2 – Franchigia opzionale

Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese previste all'art. 3.2 sarà effettuato tramite Blue Assistance detraendo una franchigia pari a Euro 1.800 (pertanto le somme pari o inferiori al predetto importo non danno diritto ad alcun rimborso).

In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva prevista all'art. 3.2, lettera a) delle Condizioni di Assicurazione, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero, fermo il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di day hospital) per anno assicurativo.

4.3 – Grandi Interventi Chirurgici (alternativa alla garanzia base)

La garanzia si intende valida per i rimborsi delle prestazioni, elencate all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione, sostenute esclusivamente in occasione di Grandi Interventi Chirurgici tra quelli elencati nell'allegato n. 1.

Tutti i trapianti d'organo si intendono Grandi Interventi Chirurgici.

Non sono operanti le garanzie di cui ai punti 3.2 – h) Tossicodipendenza, alcolismo, A.I.D.S., malattie mentali, i) Medicina preventiva.

4.4 – Indennità giornaliera da convalescenza

In caso di convalescenza successiva ad un ricovero in istituto di cura o intervento chirurgico in day hospital, verrà corrisposta una indennità giornaliera pari a Euro 120 **a decorrere dal giorno successivo** a quello della dimissione dall'istituto di cura fino a quello della guarigione clinica.

L'indennità giornaliera verrà corrisposta **per un massimo di 150 giorni per anno assicurativo e con il limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero.**

Nessuna indennità verrà corrisposta per convalescenza seguente ad un ricovero per qualsiasi tipo di parto, malattie della gravidanza e del puerperio, day hospital salvo in quest'ultimo caso per ricovero inerente ad intervento chirurgico nonché per quanto previsto al punto h) dell'art. 3.2.

4.5 – Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia

L'Impresa rimborsa, fino a concorrenza di Euro 3.000 per anno assicurativo e per ogni Assicurato, le spese non rientranti in altre garanzie sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- a) i trattamenti di fisiochinesiterapia resi necessari a seguito di infortunio, purché prescritti dal medico curante;
- b) gli accertamenti diagnostici elencati nell'allegato n.2 resi necessari da malattia o infortunio purché prescritti dal medico curante.

La garanzia opera per l'80% delle spese sostenute, restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20%, con il minimo di Euro 50 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni ciclo di fisiochinesiterapia.

Qualora la fisiochinesiterapia e gli accertamenti diagnostici vengano praticati in strutture pubbliche, oppure a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale autorizzata dalla U.S.S.L. in strutture con esso convenzionate, l'Impresa rimborsa i relativi tickets per l'intero importo.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.8 – Proroga della polizza – l'Impresa ed il Contraente hanno la facoltà di annullare ad ogni scadenza annuale l'operatività della garanzia mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima.

4.6 – Visite specialistiche

(valida se operante la condizione particolare 4.5)

L'Impresa fino al limite previsto dalla cond.part. 4.5 rimborsa anche le spese sostenute dal Contraente/Assicurato per onorari di visite specialistiche, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche. **Per questa garanzia l'Impresa rimborsa l'80% delle spese sostenute, fermo restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20% con il minimo di Euro 50 per ogni visita specialistica. Se risulta più favorevole al Contraente/Assicurato, l'Impresa rimborsa fino ad un massimo di Euro 50 per ogni visita specialistica.**

Qualora la visita specialistica venga praticata in strutture pubbliche, oppure a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale autorizzata dalla U.S.S.L. in strutture con esso convenzionate, l'Impresa rimborsa i relativi tickets per l'intero importo.

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.8 – Proroga della polizza – l'Impresa ed il Contraente hanno la facoltà di annullare ad ogni scadenza annuale l'operatività della garanzia mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima.

5 - Denuncia e liquidazione dei sinistri, Servizio Blue Assistance

5.1 - Premessa

Per le prestazioni sanitarie indicate al punto b) dell'art. 3.3 per le quali l'Assicurato non ricorra ai Servizi Convenzionati con Blue Assistance il rimborso è effettuato con le modalità ivi illustrate.

5.2 – Ricorso a strutture e medici convenzionati con Blue Assistance

L'Assicurato che si avvale dei Servizi Convenzionati con Blue Assistance e che pertanto concorda preventivamente con Blue Assistance il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati, troverà, nel capitolo "Norme Operative" le modalità da seguire per ottenere le prestazioni sanitarie senza dover anticipare alcun pagamento (**fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti**).

In questo caso l'Assicurato delega l'Impresa a pagare o a far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla polizza.

5.3 – Ricorso a strutture o medici non convenzionati con Blue Assistance

L'Assicurato che non si avvale dei Servizi Convenzionati con Blue Assistance e che pertanto non ha concordato preventivamente con Blue Assistance il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati (con le modalità indicate nel capitolo "Norme Operative") deve, appena possibile, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere inviata a Blue Assistance unitamente alla certificazione medica sulla natura della infermità.

L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero od intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli accertamenti diagnostici e delle altre prestazioni sanitarie in garanzia, anche se precedenti o successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

In caso di accertamento diagnostico o di altra prestazione sanitaria non collegata ad un ricovero o ad un intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e gli esiti degli accertamenti diagnostici.

L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati.

Qualora intervengano il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto all'Assicurato/Contraente.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La liquidazione del sinistro viene effettuata a cura ultimata, su presentazione del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'Assicurato, secondo le modalità previste dal capitolo "Norme Operative" del servizio di Blue Assistance.

5.4 – Data del sinistro

Fermo quanto previsto all'art. 3.5 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa, la data del sinistro è quella nella quale si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale o altra prestazione sanitaria assicurata.

L'Impresa effettua, nei limiti previsti, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro e comunque non oltre un anno dalla scadenza della polizza.

5.5 – Documentazione medica e delle spese

L'Assicurato deve sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dall'Impresa tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato. Pur essendo la documentazione delle spese acquisita dall'Impresa, quest'ultima tuttavia restituisce la parte relativa alle spese previa iscrizione dell'importo rimborsato e della data del rimborso.

5.6 – Controversie e arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul diritto del Contraente/Assicurato al rimborso, le Parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza del Contraente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Allegato 1

Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto coronarici multipli
- Bypass aorto coronarico singolo
- Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Interventi per fistola arterovenose del polmone
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronario (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

CHIRURGIA DELLA MANO

- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale

ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Resezione parziale dell'esofago
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia

FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Resezioni epatiche maggiori

INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO

- By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne
- Colectomia totale
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Intervento Hartmann
- Procto-colectomia totale con pouch ileale
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Amputazione del retto per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale

CHIRURGIA GENERALE

INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO

- Amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del retto

PANCREAS – MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Intervento per fistola pancreatica
- Interventi per neoplasie del pancreas endocrino
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Interventi demolitivi per pancreatine acuta

STOMACO – DUODENO

- Intervento per fistola gastro-digiuno colica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Chirurgia della fossa pterigo-mascellare
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Intervento per cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene)
- Neuroblastoma addominale
- Neuroblastoma endotoracico
- Neuroblastoma pelvico
- Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)
- Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione con anastomosi primitiva
- Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione secondo Mickulicz

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili
- Interventi di fistole esofago-bronchiali
- Neoplasie maligne della trachea
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino
- Pleurectomie

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Pleuropneumectomia
- Intervento di pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

GINECOLOGIA

- Eviscerazione pelvica
- Intervento di vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Intervento per ascesso o ematoma intracranico
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Interventi di cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie
- Asportazione di corpo estraneo intracranico
- Cranioplastica
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Intervento per epilessia focale
- Fistola liquorale
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via tranfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Asportazione di neoplasie endocraniche o aneurismi
- Intervento endorachideo per neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari
- Nefrotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plastica volta cranica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica
- Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

NEUROCHIRURGIA

- Intervento per traumi vertebro-midollari via anteriore
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- intervento per tumori orbitari

OCULISTICA**ORBITA**

- Operazione di Kronlein od orbitotomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**INTERVENTI CRUENTI**

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
- Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
- Artroprotesi: ginocchio
- Artroprotesi: gomito, tibiotarsica
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazione, grandi
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Intervento per riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
- Scoliosi
- Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
- Asportazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali
- Uncoforaminotomia o vertebrotonia (trattamento completo)

OTORINOLARINGOIATRA**NASO E SENI PARANASALI**

- Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni

ORECCHIO

- Antroatticotomia con labirintectomia
- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia

LARINGE E IPOFARINGE

- Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale

OTORINOLARINGOIATRA

LARINGE E IPOFARINGE

- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA

- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Intervento di nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia
- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia (trattamento completo)

UROLOGIA

URETERE

- Ureterocutaneostomia bilaterale
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale)

VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Eutrofia vescicole (trattamento completo)
- Intervento per fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica

Allegato 2

Elenco Accertamenti Diagnostici

ALLERGOLOGIA

- Test di reversibilità bronchiale aspecifico
- Test di provocazione bronchiale specifico
- Terapia iposensibilizzante specifica: ciclo annuale

ANALISI CLINICHE

- Cariotipo.
- Colture cellulari
- Colture linfocitarie
- Istologico-esame
- Midollo osseo (emomielogramma)-esame del Papilloma virus (HPV-DNA/PROBE)
- Test di blastizzazione con PHA

CARDIOLOGIA

- E.C.G. dinamico Holter
- Ecocardiogramma trans-esofageo
- Monitoraggio della pressione arteriosa dinamico continuo

GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- C.P.R.E. diagnostica (incluso esame e prestazione radiologica)
- C.P.R.E. operativa (incluso esame e prestazione radiologica)
- Esofago gastroduodenoscopia diagnostica (comprese biopsie)
- Esofago gastroduodenoscopia e test rapido per H. Pylori
- Fibroscopioscopia diagnostica
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica (con strumento rigido)

GINECOLOGIA

- Isteroscopia diagnostica compresa biopsia

MEDICINA NUCLEARE

- Angioscintigrafia cerebrale, comprese rilevazioni statiche, con calcolo di indici emodinamici
- Angioscintigrafia distretti arteriosi
- Angioscintigrafia distrettuale, epatica o renale o addomino-pelvica, con calcolo parametri emodinamici
- Cinecardioangiopneumoscintigrafia con gammacamera
- Fleboscintigrafia
- Linfoscintigrafia segmentaria
- Linfoscintigrafia segmentaria con indicatore positivo
- Misura del flusso plasmatico renale
- Monitoraggio trombosi venosa: con tecnica scintigrafica

MEDICINA NUCLEARE

- Ricerca di mucosa gastrica ectopica
- Scintigrafia articolare segmentaria (studio comparativo di 2 articolazioni)
- Scintigrafia articolare totale corporea compreso indice di fissazione in sede di lesione
- Scintigrafia cerebrale
- Scintigrafia cerebrale perfusoriale
- Scintigrafia cerebrale con spet
- Scintigrafia cerebrale seriata nel tempo
- Scintigrafia del midollo osseo corporeo totale
- Scintigrafia delle ghiandole salivari
- Scintigrafia delle paratiroidi
- Scintigrafia delle paratiroidi con doppio indicatore
- Scintigrafia epatica
- Scintigrafia epatica con indicatore positivo
- Scintigrafia epatica con tecnica del doppio indicatore
- Scintigrafia globale scheletrica
- Scintigrafia ossea segmentaria
- Scintigrafia polmonare con indicatore positivo
- Scintigrafia polmonare perfusoria
- Scintigrafia polmonare ventilatoria
- Scintigrafia renale
- Scintigrafia sequenziale epatobiliare con elaborazione e valutazioni di parametri semiquantitativi e/o quantitativi e comprensiva di eventuali studi dei reflussi gastro-duodenali
- Scintigrafia sequenziale renale con tracciato a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare
- Scintigrafia splenica
- Scintigrafia surrenale
- Valutazione della gastro-enterorragia

NEUROLOGIA

- Elettroencefalogramma con analisi spettrale
- Elettroencefalogramma con sonno farmacologico
- Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
- Elettroencefalogramma standard o con sensibilizzazione
- Elettromiografia completa senza distinzione di segmento
- Polifisiografia del sonno (1 ciclo)
- Polifisiografia del sonno (intera notte)
- Potenziali evocati:
 - BAERS;
 - PES;
 - PEV;
 - Multimodali
- Studio neurofisiologico del pavimento pelvico

NEUROLOGIA

- Studio riflessiologico del tronco e dell'encefalo (Blink-reflex – riflessi mandibolari e studio dei periodi silenti massetere)
- Test afasie (diagnostica delle afasie)

OCULISTICA

- Elettromiografia
- Elettronistagmografia
- Elettroretinogramma dinamico (ERG dinamico)
- Elettroretinogramma standard (ERG standard)
- Flurangiografia del segmento anteriore (escluso anestesista)
- Flurangiografia della retina (escluso anestesista)
- Fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluorescina (escluso anestesista)
- Mappa strumentale della cornea
- Potenziali evocati visivi con determinazione di contrasto

OTORINOLARINGOIATRA

ORECCHIO

- Esame vestibolare (con registrazione elettronistagmografica):
 - Stimolazione pendolare;
 - Stimolazione rotatoria.
- Esame vestibolare: Evoked Response Audiometry (E.R.A.).

LARINGE E IPOFARINGE

- Esame spettrografico della voce.

PNEUMOLOGIA

- Emogasanalisi durante respirazione di O₂ a bassa concentrazione (compreso prelievo)
- Emogasanalisi durante respirazione di O₂ ad alta concentrazione (test iperossia)
- Emogasanalisi prima e dopo iperventilazione (compreso prelievo)
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Lavaggio pleurico
- Pletismografia corporea (misura VGT, resistenze, volumetria)
- Pneumotacografia di base e dopo test di broncocostrizione (aspecifico)
- Pneumotacografia di base e dopo test di broncocostrizione (specifico)
- Prova broncodinamica con broncocostrittore: curva dose-risposta
- Prova da sforzo scalare con cicloergometro o nastro trasportatore: valutazione parametri ventilatori e del consumo di ossigeno
- Prova da sforzo scalare con cicloergometro o nastro trasportatore: valutazione parametri ventilatori con emogasanalisi
- Prova da sforzo scalare con cicloergometro o nastro trasportatore: valutazione parametri ventilatori con ECG
- Prova da sforzo scalare con determinazione ossimetrica continua
- Spirometria di base dopo test di scatenamento specifico (allergeni)
- Spirometria di base più curva flusso-volume dopo test di broncodilatazione
- Spirometria globale più curva flusso-volume dopo test di broncodilatazione

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

- Artrografia (ginocchio, etc.)
- Broncografia
- Bulbo oculare per corpo estraneo con applicazione di lente a contatto
- Clisma opaco con doppio mezzo di contrasto
- Clisma opaco del tenue a doppio contrasto
- Colangiocolicistografia endovenosa compreso esame diretto
- Colangiografia percutanea diagnostica (omnicomprensiva)
- Colangiopancreatografia retrograda (CPRE) (omnicomprensiva)
- Dacriocistografia opaca
- Defecografia
- Discografia
- Faringografia opaca compreso esame diretto
- Fistelografia
- Flebografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia addominale
- Linfografia di un segmento d'arto
- Mielografia
- Pneumoencefalografia e/o cisternografia
- Scialografia con contrasto compreso esame diretto
- Splenoportografia o portografia
- Tomografia bilaterale del torace
- Tomoxerografia del torace
- Tomoxerografia della faringe
- Uretrocistografia ascendente e menzionale
- Urografia ascendente monolaterale (compreso esame a vuoto)
- Urografia compresa nefrotomografia con eventuale Waschout
- Urografia discendente potenziata (perfusionale)
- Urografia endovenosa compreso esame diretto
- Urografia più uretrocistografia menzionale
- Vesciculodeferentografia

UROLOGIA

- Esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici)
- Potenziali sacrali evocati
- Uroflussimetria
- Video-urodinamica

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA (UROLOGIA)

- Brushing citologico compresa cistoscopia
- Cistoscopia con biopsia vescicole
- Cromo cistoscopia e cateterismo uretrale monolaterale
- Cromo cistoscopia per valutazione funzionale
- Mapping vescicole
- Ureteroscopia
- Uretrocistoscopia semplice

Premessa

Le prestazioni di Blue Assistance sono previste per la somma assicurata indicata sul simple di polizza mod. PA.027.830, fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso, nei termini delle garanzie e delle esclusioni previsti sul simple stesso e nelle Condizioni di Assicurazione riportate nel presente fascicolo.

Inoltre l'utilizzo delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati, tramite Blue Assistance, comporta automaticamente l'operatività delle garanzie in base a quanto previsto all'art. 3.2 – Oggetto dell'assicurazione ed evita l'applicazione di scoperti e limiti di rimborso previsti al punto b) dell'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, ferma restando la somma assicurata.

Chi è e come opera Blue Assistance

Gli Assicurati con polizza Rimborso spese sanitarie ELITE ed in possesso della Carta Servizi possono avvalersi, in caso di sinistro, delle prestazioni di Blue Assistance.

Blue Assistance ha stipulato convenzioni, in Italia e all'estero, con qualificate strutture sanitarie e medici chirurghi per fornire agli Assicurati la soluzione più idonea alle loro necessità ed alle loro coperture assicurative.

La richiesta di intervento di Blue Assistance dovrà essere attivata dagli Assicurati esclusivamente telefonando ai numeri indicati nella Carta Servizi.

Nel caso di richiesta di ricovero al di fuori del territorio nazionale, Blue Assistance contatterà le centrali operative collegate all'estero.

L'intervento di Blue Assistance consente agli Assicurati, nei termini delle garanzie previste dalla loro polizza Rimborso spese sanitarie ELITE, di fruire delle strutture sanitarie, e dei medici chirurghi convenzionati senza dover versare anticipi di denaro e/o pagare le spese relative al ricovero (**fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti**), in quanto al pagamento delle fatture e delle notule provvederà l'Impresa tramite Blue Assistance.

Alle strutture sanitarie ed ai medici chirurghi convenzionati, Blue Assistance corrisponderà direttamente l'importo dovuto a termini di polizza e sempre al netto di eventuali franchigie e scoperti.

Agli effetti di quanto sopra riportato, nonché delle franchigie, degli scoperti e dei limiti di rimborso previsti in polizza, l'importo che resterà parzialmente o totalmente a carico dell'Assicurato sarà da questi saldato alle strutture sanitarie ed ai medici chirurghi che hanno erogato le prestazioni.

Blue Assistance provvede anche alla raccolta della documentazione sanitaria e di spesa, relativa alle prestazioni ricevute nelle strutture sanitarie e dai medici chirurghi convenzionati.

Blue Assistance provvederà ad inviare al Contraente/Assicurato la relativa documentazione di spesa.

La Centrale Operativa di Blue Assistance mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica, attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

Blue Assistance offre inoltre agli Assicurati ulteriori servizi descritti al capitolo "Prestazioni aggiuntive".

Precisazioni sulle prestazioni di Blue Assistance

1 - Aveni diritto

Potranno accedere alle prestazioni di Blue Assistance gli Assicurati che, in quanto tali, siano in possesso della Carta Servizi.

2 - Decorrenza e durata

La possibilità di utilizzare le prestazioni di Blue Assistance decorre dalle ore 24 della data di effetto della polizza Rimborso spese sanitarie ELITE e per l'intera durata contrattuale, a condizione che:

- il premio della polizza Rimborso spese sanitarie ELITE risulti regolarmente pagato;
- non siano pervenute al Contraente della polizza Rimborso spese sanitarie ELITE contrarie comunicazioni in proposito da parte dell'Impresa.

La Carta Servizi è valida fino alla scadenza della polizza.

3 - Delimitazioni generali

Blue Assistance, a cui è affidata la gestione del servizio, non assume responsabilità per danni causati da intervento dell'Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita o imprevedibile.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, Blue Assistance non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di Blue Assistance, sempreché derivante dalla polizza Rimborso spese sanitarie ELITE, si prescrive al compimento di un anno dal verificarsi dell'evento.

Eventuali modifiche negli accordi con le strutture sanitarie ed i medici chirurghi convenzionati, così come l'eventuale cessazione di detti accordi, non possono essere invocate dalle parti contraenti per l'anticipata risoluzione della polizza Rimborso spese sanitarie ELITE.

4 - Rapporti con Blue Assistance

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

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi ulteriore informazione inerente la prestazione dei servizi.

Come accedere alle prestazioni di Blue Assistance

Per accedere alle prestazioni di Blue Assistance l'Assicurato dovrà utilizzare i seguenti numeri telefonici indicati nella Carta Servizi che si consiglia di avere sempre con sé:

- dall'Italia comporre il **Numero Verde 800.237.397**
- dall'estero comporre il numero **+39.011.74.25.570**

Il servizio di informazioni e prenotazioni viene fornito negli orari:

- dal Lunedì al Venerdì (giorni feriali) dalle ore 8,00 alle ore 18,00
- Sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00.

L'assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa:

- il proprio nome e cognome;
- un recapito telefonico;
- il numero di polizza;
- il nome della struttura e del medico scelto;
- il tipo di prestazione.

La Centrale Operativa provvederà a raccogliere tutti i dati necessari all'apertura del sinistro.

La possibilità di accedere alle prestazioni di Blue Assistance è condizionata alla preventiva telefonata al Numero Verde, in mancanza della quale il pagamento diretto non è operante.

Il personale di Blue Assistance, operante 24 ore su 24, provvede alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi, scelti dall'Assicurato tra quelli convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.

Qualora l'Assicurato non avesse con sé la Carta Servizi, in caso di urgente necessità potrà trovare i numeri telefonici di Blue Assistance nell'elenco distrettuale di Torino e ricevere le necessarie informazioni.

Le strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance sono indicate in un'apposita guida periodicamente aggiornata, che viene consegnata unitamente alle presenti Norme Operative e alla polizza Rimborso spese sanitarie ELITE.

Per migliorare continuamente la qualità del servizio prestato, la rete di strutture sanitarie convenzionate è sempre in evoluzione: contattando Blue Assistance si potrà essere costantemente aggiornati sulle convenzioni in vigore.

Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, **in caso di pagamento diretto**, l'Assicurato deve presentare la Carta Servizi e sottoscrivere il Fax di presa in carico delle spese (da parte di Blue Assistance). Questo documento riporta i limiti di polizza, i diritti e gli obblighi di Blue Assistance e dell'Assicurato verso la struttura ed i medici chirurghi.

La corrispondenza deve essere indirizzata a:

Blue Assistance S.p.A.
Corso Svizzera, n. 185 (Centro Pier della Francesca) - 10149 Torino

Modalità di pagamento e rimborso

1 - Utilizzo di strutture/medici convenzionati con Blue Assistance

In caso di utilizzo di strutture e medici chirurghi convenzionati, l'Assicurato non sosterrà alcuna spesa riferita alle garanzie di polizza (**fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti**). Blue Assistance provvederà direttamente a pagare le strutture ed i medici convenzionati.

In caso di ricovero a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale in strutture convenzionate sia con il Servizio Sanitario Nazionale, secondo le norme vigenti, sia con Blue Assistance, quest'ultima provvederà direttamente al pagamento dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto a quanto erogato dal Servizio Sanitario Nazionale, fermi i limiti di rimborso stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione per le eventuali prestazioni di medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance.

2 - Utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance e medici non convenzionati con Blue Assistance

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata e medici non convenzionati, Blue Assistance provvederà direttamente a pagare la struttura con essa convenzionata (**fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti**); l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento degli onorari delle prestazioni dei medici non convenzionati. Al ricevimento della documentazione di spesa, Blue Assistance provvederà al rimborso nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

3 - Utilizzo di strutture/medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance

Qualora l'Assicurato ritenga di non avvalersi delle prestazioni di Blue Assistance e pertanto scelga autonomamente e utilizzi strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance o non utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale, così come indicato ai punti 1 e 4, **il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato da Blue Assistance nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, al ricevimento della documentazione sanitaria e di spesa.**

4 - Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di altri Enti

Se il ricovero avviene, a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale, in strutture sanitarie convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale stesso e non convenzionate con Blue Assistance, o se l'Assicurato si avvale delle garanzie di altro Ente ricevendo assistenza diretta od indiretta, **Blue Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute e rimaste a carico del Contraente/Assicurato, nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione, non appena il Contraente/Assicurato stesso invierà la documentazione sanitaria e di spesa a Blue Assistance.**

5 - Spese precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale

Blue Assistance non provvede al pagamento diretto delle spese sostenute prima del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale previste all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione. Il Contraente/Assicurato dovrà provvedere personalmente al loro pagamento ed inviare a Blue Assistance la documentazione di spesa. Ricevuta detta documentazione, compresa anche quella del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, Blue Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute al 100%, se l'Assicurato ha fruito di strutture e medici convenzionati con Blue Assistance (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti); nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione negli altri casi.

6 - Spese successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale

Per le spese sostenute dopo il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste all'art. 3.2 delle Condizioni di Assicurazione:

- qualora l'Assicurato fruisca, tramite Blue Assistance, di strutture e medici chirurghi con essa convenzionati, non sosterrà alcuna spesa per le prestazioni garantite in polizza. Blue Assistance provvederà direttamente al pagamento (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti);
- qualora invece l'Assicurato fruisca di strutture o medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance, dovrà provvedere al loro pagamento ed inviare a Blue Assistance la documentazione di spesa. Ricevuta detta documentazione compresa quella, eventualmente non già acquisita, del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, Blue Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione;
- qualora l'Assicurato fruisca del Servizio Sanitario Nazionale, Blue Assistance provvederà al rimborso del 100% dei tickets eventualmente rimasti a carico del Contraente/Assicurato stesso.

7- Ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale all'estero

In caso di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale all'estero, qualora l'Assicurato non fruisca di strutture sanitarie e di medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, dovrà provvedere al pagamento delle relative spese ed inviare a Blue Assistance la documentazione sanitaria e di spesa.

Tali spese verranno rimborsate nei limiti stabiliti all'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione anche se nel Paese dove è avvenuto il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale non esistono strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance (salvo quanto previsto all'art. 3.11 – Ricoveri all'estero per malattia improvvisa o infortunio).

8 - Indennità sostitutiva

Blue Assistance, ricevuta copia della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di cura, provvederà al pagamento della indennità sostitutiva prevista dalla polizza per il caso di prestazioni sanitarie a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente (art. 3.2, a – Indennità sostitutiva del rimborso).

In caso di ricovero non in Day Hospital, per il pagamento si tiene conto del numero dei pernottamenti.

9 - Assistenza diagnostica

(se prevista da eventuale Condizione Particolare)

● PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Allegato n.2) E FISIOCHINESITERAPIA

In caso di utilizzo di un poliambulatorio diagnostico convenzionato con Blue Assistance, quest'ultima provvederà a pagare direttamente l'80% delle spese sostenute, restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20%, col minimo di Euro 50, per ogni serie di accertamenti diagnostici (Allegato n.2) previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni ciclo di fisiochinesiterapia.

Qualora l'Assicurato utilizzi un poliambulatorio diagnostico non convenzionato né con il Servizio Sanitario Nazionale, né con Blue Assistance, quest'ultima provvederà, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, a rimborsare le spese sostenute negli stessi termini di cui al paragrafo precedente.

In caso di utilizzo di un poliambulatorio diagnostico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale verranno rimborsati al 100% gli eventuali tickets rimasti a carico del Contraente/ Assicurato.

● PER VISITE SPECIALISTICHE

(se prevista da eventuale Condizione Particolare)

Qualora la visita specialistica sia stata effettuata presso un poliambulatorio diagnostico convenzionato con Blue Assistance, quest'ultima provvederà a pagare direttamente l'80% delle spese sostenute, restando a carico del Contraente/Assicurato il rimanente 20%, col minimo di Euro 50 per ogni visita specialistica.

Qualora l'Assicurato non utilizzi un poliambulatorio diagnostico convenzionato con Blue Assistance, quest'ultima provvederà, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, a rimborsare le spese sostenute negli stessi termini di cui al paragrafo precedente.

In caso di utilizzo di un poliambulatorio diagnostico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, verranno rimborsati al 100% gli eventuali tickets rimasti a carico del Contraente/Assicurato.

10 - Altri casi

Per gli eventuali casi non previsti dai punti che precedono, Blue Assistance rimborserà le spese nei termini previsti dalla polizza Rimborso spese sanitarie ELITE, dopo aver ricevuto la documentazione sanitaria e di spesa.

Restano confermate le Condizioni di Assicurazione che, per nessun caso, si intendono modificate dalle presenti Norme Operative.

Prestazioni Aggiuntive

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di malattia o infortunio verificatosi durante il periodo di validità della polizza o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance offre le seguenti prestazioni di assistenza.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, utilizzando i seguenti recapiti telefonici, riportati sulla Carta Servizi:

- dall'Italia comporre il **Numero Verde 800.237.397**
- dall'estero comporre il numero **+39.011.74.25.570**

L'assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa:

- il proprio nome e cognome;
- il numero di polizza;
- un recapito telefonico;
- l'indirizzo del luogo in cui si trova;
- il tipo di prestazione.

In ogni caso, l'intervento dovrà essere sempre richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne autorizzerà esplicitamente l'effettuazione.

Ogni prestazione deve essere preventivamente concordata.

Agli effetti delle prestazioni aggiuntive, per ricovero si intende esclusivamente la permanenza in Istituto di cura con pernottamento.

Descrizione delle prestazioni

- **Un medico a casa**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia necessiti di una visita medica urgente al proprio domicilio e qualora gli stessi medici di guardia della Centrale Operativa lo valutino necessario, Blue Assistance invia, all'indirizzo dell'Assicurato in Italia, un medico. Il relativo costo resta a carico di Blue Assistance nei casi seguenti:

- Nei giorni feriali: dalle ore 20.00 alle ore 08.00;
- Nei giorni di sabato e prefestivi: dalle ore 14.00 alle ore 24.00;
- Nei giorni festivi: 24 ore su 24.

In tutti gli altri casi il costo della prestazione resta a carico dell'Assicurato.

Qualora nessuno dei medici della Rete Esterna fosse immediatamente disponibile e sempre che l'intervento del medico sia urgente, Blue Assistance potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in un Istituto di cura mediante autovettura o autoambulanza.

- **Ambulanza per il trasporto in istituto di cura in Italia**

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza per un ricovero urgente, dal proprio domicilio all'Istituto di cura più vicino, Blue Assistance provvede, su richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa, ad inviare l'autoambulanza tenendo i costi a suo carico, **fino ad un massimo di Euro 155 per evento**.

- **Recapito di medicinali urgenti all'estero**

Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante sia introvabile sul posto, Blue Assistance provvede, a proprie spese, a far pervenire quanto necessario, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

Blue Assistance tiene a proprio carico le spese relative al reperimento ed al recapito dei medicinali, mentre il costo degli stessi rimane a totale carico dell'Assicurato, il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a restituire l'importo ad Blue Assistance.

La prestazione non è operante:

- se sono reperibili in loco specialità equivalenti;
- se le specialità richieste non sono registrate in Italia.

- **Un familiare accanto**

Quando l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio occorsi durante un viaggio e i medici ritengono che non sia trasferibile al suo domicilio **entro 5 giorni dalla data di ricovero**, Blue Assistance organizza e tiene a proprio carico il viaggio di andata e ritorno (treno 1a classe o aereo classe economica) del familiare, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato in Istituto di cura.

Non sono previste in ogni caso le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare.

- **Rientro sanitario**

Quando l'Assicurato, colpito durante un viaggio da infortunio o malattia, necessita di essere trasferito al proprio domicilio o ad un Istituto di cura della sua regione attrezzato per la specifica patologia, Blue Assistance, sulla base di valutazioni cliniche e previo accordo tra il medico della Struttura Operativa e il medico curante dell'Assicurato, organizza il suo trasferimento, utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- aereo di linea (eventualmente barellato);
- autoambulanza;
- treno.

Blue Assistance tiene a proprio carico il costo del trasporto del paziente, incluse le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino il paziente stesso. Il trasporto da paesi extraeuropei viene effettuato esclusivamente su aereo di linea, eventualmente barellato.

In caso di decesso dell'Assicurato, Blue Assistance organizza il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo complessivo di Euro 2.585**. Tale massimale si intende per evento e si applica anche se, nell'evento, siano coinvolti più Assicurati.

Sono comunque escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

- **Rientro del convalescente**

Quando l'Assicurato convalescente, dopo un ricovero presso un Istituto di cura avvenuto per malattia o infortunio occorsi durante un viaggio, non è in grado di rientrare al proprio domicilio con il mezzo inizialmente previsto (e sempreché non abbia già fruito della prestazione "Rientro Sanitario" fino al proprio domicilio), Blue Assistance organizza il rientro del convalescente sino al suo domicilio, con treno (1a classe o vagone letto) o aereo, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

- **Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato**

Quando l'Assicurato, a seguito di malattie o infortuni gravi, necessita di essere trasferito presso un Istituto di cura specializzato per essere ricoverato, Blue Assistance – sulla base di valutazioni cliniche dei propri medici e del medico curante, i quali ritengano che altri istituti di cura siano particolarmente idonei alla cura della malattia o dell'infortunio grave – organizza e tiene a proprio carico, **entro il limite complessivo di Euro 25.825**, le seguenti prestazioni:

- individuazione dell'Istituto di cura specializzato;
- organizzazione dei contatti medici;
- prenotazione dell'Istituto di cura;
- organizzazione del trasferimento con l'eventuale accompagnamento di personale medico e paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato;
 - aereo di linea (eventualmente barellato);
 - autoambulanza;
 - treno;
- organizzazione dei contatti tra i medici e la famiglia nel corso del ricovero.

- **Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto**

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alle dimissioni da un Istituto di cura in cui sia stato ricoverato a seguito di malattia o infortunio, necessita di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per recarsi presso poliambulatori o istituti di cura, dove debba effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, Blue Assistance provvede ad organizzare il servizio, tenendone i costi a proprio carico **nel limite di Euro 520 per anno assicurativo e per singolo Assicurato**.

- **Interprete a disposizione**

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero e si renda necessario un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'Assicurato stesso e i medici curanti, Blue Assistance provvederà a reperire tale interprete e ne sosterrà i costi, **nel limite di Euro 520 per anno assicurativo e per singolo Assicurato.**

Condizioni che regolano l'erogazione delle prestazioni aggiuntive

Le prestazioni sono operanti dalla data di decorrenza della polizza Rimborso spese sanitarie ELITE e – in mancanza di esplicita comunicazione contraria da parte di Blue Assistance – per tutta la durata della polizza, purché il premio di polizza risulti regolarmente pagato.

L'eventuale cessazione nella fornitura delle presenti Prestazioni Aggiuntive non pregiudica gli altri servizi di Blue Assistance e non potrà essere invocata per l'anticipata risoluzione della polizza Rimborso spese sanitarie ELITE .

L'Assicurato si obbliga a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti da Blue Assistance, a fornire ogni informazione richiesta e a produrre, se necessario, la documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui l'Assicurato venga autorizzato ad anticipare il costo delle Prestazioni Aggiuntive, l'Assicurato stesso dovrà allegare alle domande di rimborso la documentazione di spesa.

Per le spese sostenute in valuta estera i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio – diffuso dalla Banca d'Italia – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Blue Assistance non è tenuta a fornire alcun altro aiuto, in denaro o in natura, alternativo o a titolo di compensazione, in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o negligenza di questi.





Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 65.788.948 INT. VERS.
PART. IVA 01329510158 - COD. FISCALE E REG. IMPRESE DI
MILANO N. 01329510158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20153
MILANO - VIA CALDERA, 21 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI
ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SEZIONE I N.1.00014
CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI
ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008