

A close-up photograph of a woman with blonde hair, wearing a red t-shirt, looking down. A doctor's hand is visible on the right, using a stethoscope to listen to her back. The background is a bright, out-of-focus outdoor setting.

Salute tuttok

Salute tuttok

Contratto di assicurazione per il rimborso delle spese di cura

Ramo 83

Ed. Marzo 2017

Il presente fascicolo informativo - contenente Nota informativa e Condizioni di assicurazione - deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto. Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

DARAG 
The origin of value

Indice

Nota informativa

Premessa

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

B. Informazioni sul contratto

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Glossario

Condizioni di assicurazione

Sezione 1

Sezione 1.1 Rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura

Sezione 1.2 Garanzie Assicurative Second Opinion

Sezione 1.3 Critical Illness

Sezione 1.4 Prestazioni specialistiche extra-ricovero

Sezione 1.5 Prestazioni escluse

Sezione 2 - Assistenza

Sezione 3 - Condizioni generali

Informativa via web al Contraente (ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013)

È on-line l'Area Clienti di DARAG Italia S.p.A., grazie alla quale può avere sempre a disposizione le informazioni sulla sua polizza. Si registri su www.darag.it per ricevere le credenziali di accesso e visualizzare la sua posizione assicurativa ogni volta che desidera.

Nota informativa

Edizione 03/2017

Premessa

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

DARAG Italia S.p.A., Società per azioni a socio unico, soggetta a direzione e coordinamento di DARAG Group Limited, ha la propria sede legale in Via Pampuri 13 - 20141 Milano (Italia), telefono +39 0257441, sito internet www.darag.it, indirizzo di posta elettronica certificata darag@legalmail.it è stata autorizzata all'esercizio della attività assicurativa con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (Gazzetta ufficiale 26/6/86 n. 146); iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese IVASS al n. 1.00061.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

L'ammontare del patrimonio netto di DARAG Italia S.p.A. (bilancio 2015) è pari a 56 milioni di euro di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 44 milioni e quella totale delle riserve patrimoniali è di 12 milioni.

L'indice di solvibilità è pari a 3,001 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Si rimanda al sito internet www.darag.it per i dati riferiti alle successive annualità consultabili nel relativo bilancio di DARAG Italia S.p.A. ivi pubblicato.

B. Informazioni sul contratto

Avvertenza. Il contratto non prevede il tacito rinnovo ed ha pertanto termine alla scadenza contrattuale, così come meglio precisato al punto 11. Durata dell'Assicurazione - delle Condizioni generali di polizza.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato per le malattie o gli infortuni che determinano Ricovero con intervento (Sezione 1.1 - A), Ricovero senza intervento (Sezione 1.1 - B), Prestazioni specialistiche extra-ricovero (Sezione 1.4), Indennizzi per patologie specifiche - Critical Illness (Sezione 1.3), Servizi di Consulenza medica di Second Opinion (Sezione 1.2) e di Assistenza (Sezione 2), così come rispettivamente indicato agli articoli indicati fra parentesi delle Condizioni di polizza e secondo la scelta di garanzie effettuata dal Contraente di polizza e risultante dalla relativa scheda di polizza.

Avvertenza. Per tali prestazioni assicurative sono operanti esclusioni, limitazioni negli indennizzi e sulle persone assicurabili, riportate all'interno delle singole garanzie prestate ed agli Artt. 7 e 10 delle Condizioni generali di polizza, a cui si rimanda per i rispettivi dettagli.

Avvertenza. Per le diverse prestazioni sono inoltre operanti franchigie e limiti di indennizzo indicate nei rispettivi articoli di polizza riguardanti le suddette prestazioni assicurative.

A titolo esemplificativo, per la prestazione B) Ricovero senza intervento, al punto 4. Parto senza taglio cesareo anche se avvenuto a domicilio, la garanzia è prestata con un limite di € 3.000,00 ed una franchigia di € 200,00: quindi nel caso di spese sostenute dall'Assicurato di € 2.000,00, l'indennizzo risulterebbe pari a: $2.000,00 - 200,00 = € 1.800,00$. Se invece le spese sostenute fossero state pari a € 5.000,00, l'indennizzo sarebbe stato limitato a € 3.000,00.

Avvertenza. L'età degli assicurati viene richiesta alla sottoscrizione del contratto e determina il premio di polizza e l'eventuale non assicurabilità.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza. Le prestazioni assicurative sono prestate con un periodo di carenza, ossia di termini temporali dai quali risultano operanti le garanzie, indicati al punto 4. delle Condizioni generali di polizza. Per la prestazione Second Opinion risultano inoltre operanti le carenze indicate al punto 3. Decorrenza garanzia e limitazioni - della Sezione 1.2 e per la prestazione Critical Illness le carenze indicate al punto 4. Operatività della garanzia - della Sezione 1.3, a cui si rimanda per le informazioni di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, come precisato al punto 2. Dichiarazione dell'Assicurato - Questionario sanitario delle Condizioni generali di polizza.

Avvertenza. I questionari sanitari formano parte integrante del contratto ed è quindi necessario rispondere alle domande dello stesso in maniera precisa e veritiera in quanto dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio così come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile richiamato da punto 3. Aggravamento del rischio - delle Condizioni generali di polizza. In caso di aggravamento del rischio non

conosciuto dalla Società, lo stesso può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo nonché la cessazione del contratto ai sensi del citato Art. 1898 del Codice Civile.

È ad esempio il caso dove l'Assicurato in fase di stipula contrattuale dichiara per iscritto di non essere affetto da tossicodipendenza, ma durante il periodo di assicurazione ne diviene affetto. In assenza di comunicazione il rischio si considera aggravato e secondo quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile in caso di sinistro l'indennizzo può essere ridotto anche fino alla perdita totale dell'indennizzo.

7. Premi

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale (in tal caso è previsto un aumento del premio pari al 3%).

I pagamenti possono essere effettuati a mezzo SCT (Sepa Credit Transfer) sul conto corrente bancario intestato a DARAG Italia S.p.A. - UniCredit S.p.A. - Piazza IV Novembre 10 - Villafranca di Verona (VR) - IBAN: IT 63 S 02008 11758 000030029125, oppure presso l'Agenzia a cui risulta essere assegnato il contratto, a mezzo contanti, in caso di premio annuo non superiore ad euro 750,00, o con assegno non trasferibile bancario, postale o circolare intestato a DARAG Italia S.p.A. o all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A. o ancora con versamento su C/C postale N. 45438207 intestato a DARAG Italia S.p.A. - Via Pampuri, 13 - 20141 - Milano, a mezzo SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente bancario intestato al Contraente.

Qualora alla scadenza del premio la Società non abbia ancora disposto l'attivazione del SDD (Sepa Direct Debit), e fino al momento dell'attivazione dello stesso, il versamento dovrà avvenire in uno dei metodi precedentemente indicati.

Inoltre, in caso di chiusura del conto corrente bancario di cui sopra, il Contraente dovrà darne immediata comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata A.R.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente Assicurato non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Il premio alla firma indicato in polizza deve essere corrisposto con pagamento presso l'agenzia, a mezzo contanti in caso di premio annuo non superiore ad euro 750,00, o con assegno non trasferibile bancario, postale o circolare intestato a DARAG Italia S.p.A. o all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A. o ancora con versamento su C/C bancario intestato all'intermediario nella sua qualità di Agente di DARAG Italia S.p.A..

Avvertenza. L'Impresa o l'Agenzia può applicare sconti di premio qualora gli elementi di valutazione del rischio portino ad un miglioramento dello stesso rispetto allo standard.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede adeguamenti delle somme assicurate e del relativo premio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza. Sia il Contraente che la Società possono recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ma per la Società tale diritto decade trascorsi due anni dalla stipulazione del contratto, così come previsto dal punto 12. Recesso dall'Assicurazione - delle Condizioni generali di polizza.

Avvertenza. Qualora il contratto sia emesso con durata superiore ad un anno, il Contraente 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.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno, dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni, dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche.

11. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo n. 175/95, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella Italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di Norme Imperative Nazionali. La nostra Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la Legge Italiana.

12. Regime fiscale

Il premio di assicurazione del contratto è assoggettato ad un'imposta del 2,50% tranne per i premi delle garanzie di assistenza ove l'imposta è del 10%.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza. Per la garanzia Ricovero il sinistro insorge nel momento del ricovero per infortunio o malattia, per le garanzie Second Opinion e Critical Illness all'insorgenza di una delle patologie indicate nei relativi articoli di polizza, per le Prestazioni specialistiche extra-ricovero e l'Assistenza all'effettuazione della prestazione, così come indicato nei rispettivi articoli di polizza riferiti alle singole prestazioni. Le modalità ed i termini per la denuncia del sinistro sono indicate al punto 9. Denuncia e pagamento del sinistro - delle Condizioni generali di polizza.

14. Assistenza diretta

Avvertenza. La copertura assicurativa può essere effettuata anche nella forma di prestazione diretta se le stesse vengono effettuate presso le Case di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati come specificamente indicato al punto 9. Denuncia e pagamento del sinistro, al comma Prestazione diretta - pagamento diretto del fornitore della prestazione - delle Condizioni generali di polizza. Il mancato avvalimento da parte del contraente dei centri e dei medici convenzionati comporta il sostenimento diretto da parte del contraente delle spese che dovranno essere successivamente presentate alla Società per la richiesta di rimborso, come indicato al punto 9. Denuncia e pagamento del sinistro, al paragrafo Prestazione indiretta - rimborso all'Assicurato - delle Condizioni generali di polizza.

L'elenco dei centri e dei medici convenzionati è consultabile sul sito della Società www.darag.it.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, **Ufficio Reclami DARAG Italia S.p.A.** -

Via Pampuri 13, 20141 Milano - fax n. 02/57442019 - indirizzo e-mail: reclami@darag.it - avendo cura di indicare i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, indirizzo PEC ivass@pec.ivass.it, utilizzando il modello predisposto da IVASS, disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it - sezione "Guida ai reclami"), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie quali:

- **Mediazione**
Istituita con il decreto legislativo n. 28 del 4.3.2010, è finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e prevede l'intervento di un Terzo imparziale (Mediatore) che svolge l'attività con lo scopo di assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.
La richiesta di mediazione costituisce condizione di procedibilità nella domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale e deve essere obbligatoriamente attivata prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli organismi di mediazione iscritti al registro tenuto dal Ministero della Giustizia.
- **Negoziazione Assistita**
introdotta con il decreto legge n. 132/2014, convertito nella legge n. 162/2014 in vigore dal 9 febbraio 2015, ha introdotto l'obbligo di tentare una conciliazione prima di dare corso ad una causa con cui si intenda chiedere il pagamento a qualsiasi titolo di somme inferiori a Euro 50.000 (fatta eccezione per le controversie nelle quali è prevista la mediazione obbligatoria), nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per il risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli e natanti.
- **Conciliazione Paritetica**
Prevista nell'accordo sottoscritto da Ania e alcune Associazioni di Consumatori.
Per informazioni e indicazioni sulle modalità di attivazione è consultabile il sito www.ania.it alla sezione

servizi - procedura di conciliazione per le controversie R.C.Auto, oppure il sito www.ivass.it nella sezione per il consumatore/conciliazione paritetica.

- **Arbitrato e Perizia Contrattuale**

Ove previsti secondo quanto riportato nelle Condizioni generali di assicurazione.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

16. Arbitrato

Eventuali controversie di natura medica tra le parti possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo così come previsto al punto 13. Controversie - delle Condizioni generali di polizza.

Avvertenza. È possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

Glossario

Le definizioni qui di seguito riportate sono valide per tutti i settori di polizza.

Assicurato

Tutte le persone fisiche indicate nel modulo "nucleo di famiglia Assicurato" che forma parte integrante del contratto e in regola con il pagamento del premio.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Assistenza medica

L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Carenza

Periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza assicurativa e l'inizio della garanzia, durante il quale la copertura assicurativa per la/le prestazione/i indicata/e si intende inoperante.

La carenza può essere operante anche come riduzione percentuale del rimborso spettante a termini di polizza.

Contraente

La persona che stipula il contratto e paga il premio.

Chemioterapia oncologica

Complesso delle terapie farmacologiche e delle tecniche impiegate nella loro somministrazione, utilizzate nel trattamento dei tumori.

Data decorrenza copertura

Data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.

Data Sinistro

Data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio, il parto domiciliare; per le prestazioni sanitarie extra-ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day-Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

Franchigia

La parte dell'indennizzo, espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa accidentale e fortuita, violenta ed esterna che produce all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Provvedimento terapeutico che viene attuato in maniera cruenta su tessuti viventi mediante uso di strumenti chirurgici, compresa la laserterapia e la criotecnica.

Intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura

Istituti universitari, ospedali pubblici, cliniche e case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, escluse comunque le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, le case di cura per convalescenza, lungo degenza o per soggiorni e le strutture per anziani.

Malattia

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

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Massimale

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun sinistro, per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare, la Società presta le garanzie.

Network

Rete convenzionata dalla Società di servizi Blue Assistance, costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

- a) in forma diretta, e cioè senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero;
 - b) in forma indiretta (con l'utilizzo delle tariffe preferenziali).
- L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito www.bluassistance.it.

Nucleo Familiare

Componenti il nucleo familiare come risultanti dallo stato di famiglia.

Periodo di assicurazione

Per contratti di durata inferiore ai 365 giorni è pari alla durata stessa del contratto.

Per contratti di durata uguale o superiore ai 365 giorni, cioè ad un anno, è pari a 365 giorni, cioè un anno.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Premio Annuo Finito

Il premio comprensivo delle imposte sui premi assicurativi in vigore alla data di decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche delle imposte comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, secondo le disposizioni di Legge.

Radioterapia antitumorale

Terapia che sfrutta l'azione biologica delle radiazioni.

Ricovero

La degenza che comporti almeno un pernottamento in Istituto di Cura.

Second opinion

Servizio di consulenza medica internazionale previsto per la diagnosi e terapia di gravi patologie e realizzato attraverso scambio anche per via telematica di informazioni e referti.

Scoperto

La parte dell'indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

DARAG Italia S.p.A.

Società di servizi

Blue Assistance S.p.A., con Sede legale in Via Santa Maria 11, 10122 Torino. Blue Assistance è gestore del network e mandataria della Società per la gestione e la liquidazione dei rimborsi e per l'erogazione dei servizi "Second Opinion" (sezione 1.2) e Critical Illness (sezione 1.3).

Blue Assistance può essere contattata telefonicamente attraverso il call center al **numero verde 800 017 050 per le chiamate dall'Italia** ed al **numero +39 011 7425686 per le chiamate dall'estero**.

Termini di Aspettativa - Carenza

Periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della copertura assicurativa e l'inizio della garanzia durante il quale la copertura assicurativa si intende inoperante.

Visita Specialistica

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

Definizioni specifiche Garanzia Assistenza**Centrale Operativa**

È la struttura di Inter Partner Assistance S.A. - Via Carlo Pesenti 121, 00156 Roma - costituita da tecnici e operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Prestazioni

Sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

DARAG Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il rappresentante legale
Il Direttore Generale
Dott. Emanuele Ruzzier



Condizioni di assicurazione

Edizione 03/2017

Sezione 1

Sezione 1.1 - Rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura

A) Ricovero con intervento

La Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute nel corso di validità della copertura assicurativa conseguenti a ricovero in Istituto di cura per infortunio o malattia, seguito da intervento chirurgico.

Sono rimborsabili le spese per interventi effettuati in regime di Day Hospital e per interventi ambulatoriali.

In tali casi restano escluse dal rimborso le spese sostenute per analisi cliniche, esami strumentali e visite eseguite ai soli fini diagnostici.

La Società ha individuato nel termine di 120 giorni precedenti il ricovero e nei 120 giorni successivi al ricovero, il limite temporale affinché possano ritenersi rimborsabili le spese di seguito elencate.

1. Spese rimborsabili nei 120 giorni precedenti il ricovero

Accertamenti diagnostici, onorari medici, visite specialistiche. Le spese per l'acquisto di medicinali sono rimborsabili su prescrizione effettuata da medico specialista a condizione che il titolo specialistico del medico e la tipologia del medicinale siano attinenti alla patologia oggetto del ricovero.

2. Spese rimborsabili durante il ricovero

- I. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento ivi comprese le protesi applicate nel corso dell'intervento, anche in regime di intramoenia. In caso di trapianto la Società rimborserà le spese sostenute per l'espianto e il trasporto dell'organo dal donatore; nei casi di donazione da vivente, la Società rimborserà anche le spese sostenute durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.
- II. Accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi; è inclusa l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero, anche in regime di intramoenia.
- III. Le spese per rette di degenza direttamente fatturate dall'Istituto (esclusi i bisogni voluttuari del degente quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, bar/telefono/TV ecc.).

3. Spese rimborsabili nei 120 giorni successivi al ricovero o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale

Esami, prestazioni mediche, onorari medici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché effettuati da professionisti operanti presso centro medico riconosciuto

a termini di legge; cure termali con esclusione delle spese alberghiere e di trasferimento, purché conseguenti e rese indispensabili dall'evento considerato e prescritte da medico specialista all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

4. Prestazioni assimilabili ad intervento chirurgico

- I. Parto cesareo, aborto terapeutico, parto gemellare o podalico nonché prestazioni sanitarie effettuate sul feto o sul neonato entro il 1° mese di vita. Le spese per tali prestazioni sono rimborsabili sino ad un massimo di € 5.000,00 per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.
- II. La chirurgia refrattiva (anche senza ricovero) ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:
 - in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

Si conviene tra le parti che l'operatività della presente garanzia è vincolata alla trasmissione, in caso di sinistro, di adeguata documentazione medico specialistica comprovante l'assenza di anisometropia e/o deficit visivo dell'Assicurato alla data di decorrenza della copertura. Tale documentazione verrà fornita alla Società di servizi a cura dell'Assicurato in allegato alla denuncia di sinistro.

Le spese per tali prestazioni sono rimborsabili sino ad un massimo di € 1.500,00 per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.

Per ogni prestazione di cui al punto 4 verrà applicata una franchigia di € 250,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

5. Interventi specifici

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie "fuori network" e all'esterno del Servizio Sanitario Nazionale, per i seguenti interventi chirurgici valgono i limiti di rimborso intesi per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare:

- adenoidectomia € 3.000,00;
- appendicectomia € 3.000,00;
- emorroidectomia € 3.000,00;
- ernioplastica inguinale € 3.000,00;
- tonsillectomia € 3.000,00;
- colecistectomia € 5.000,00;
- trattamento chirurgico delle varici degli arti inferiori € 5.000,00;
- ricostruzione dei legamenti del ginocchio € 5.000,00;
- meniscectomia € 7.000,00.

Per ogni ricovero verrà applicata una franchigia di € 250,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

B) Ricovero senza intervento

La Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute nel corso di validità della copertura assicurativa, senza alcun limite di massimale per sinistro o per periodo assicurativo, conseguenti a ricovero in Istituto di cura per infortunio o malattia.

Sono comprese le spese sostenute in regime di Day Hospital con l'esclusione dall'indennizzo delle spese di degenza e delle spese per analisi cliniche, esami strumentali e visite eseguite ai soli fini diagnostici. In particolare, sono comprese in garanzia la chemioterapia oncologica, la radioterapia antitumorale e la dialisi.

La Società ha individuato nel termine di 120 giorni precedenti il ricovero e nei 120 giorni successivi al ricovero il limite temporale affinché possano ritenersi rimborsabili le spese di seguito elencate.

1. Spese rimborsabili nei 120 giorni precedenti il ricovero

Accertamenti diagnostici, onorari medici, visite specialistiche. Le spese per l'acquisto di medicinali sono rimborsabili su prescrizione effettuata da medico specialista a condizione che il titolo specialistico del medico e la tipologia del medicinale siano attinenti alla patologia oggetto del ricovero.

2. Spese rimborsabili durante il ricovero

- I. Accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica e cure sostenute durante il periodo del ricovero, anche in regime di intramoenia.
- II. Le spese per rette di degenza (esclusi i bisogni voluttuari del degente; a titolo esemplificativo e non esaustivo: bar/telefono/TV/giornali, ecc.). Tuttavia se il ricovero è eseguito "fuori network" il rimborso delle rette di degenza sarà prestato fino ad un massimo di:
 - primo giorno di ricovero: € 400,00 (anche in Day Hospital);
 - ogni giorno successivo: € 300,00.

3. Spese rimborsabili nei 120 giorni successivi al ricovero

Esami, prestazioni mediche, onorari medici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché effettuati solo da professionisti operanti presso centro medico riconosciuto a termini di legge; cure termali con esclusione delle spese alberghiere e di trasferimento, purché conseguenti e resi indispensabili dall'evento considerato e prescritti da medico specialista all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

4. Parto, senza taglio cesareo anche se avvenuto a domicilio

La Società rimborserà all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 3.000,00, tutte le spese sostenute a fronte delle prestazioni, di cui al punto 2 della sezione 1.1. B, usufruite dall'Assicurato nei 3 giorni antecedenti e nei 3 giorni successivi al parto. Per ogni parto verrà applicata una franchigia di € 200,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

C) Franchigia sui ricoveri

Il rimborso delle spese di cui alle sezioni "1.1 A - Ricovero con intervento" e "1.1 B - Ricovero senza intervento" del presente contratto, verrà effettuato come segue:

- senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in Network;
- nei soli casi in cui le prestazioni per ricovero (con o senza intervento) fossero effettuate in istituti di cura e/o con medici non compresi in Network, verrà applicato uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 5.000,00 per ciascun ricovero;
- nel caso le prestazioni erogate fossero quelle descritte alla:
 - sezione 1.1A punto 4 capoverso I
 - sezione 1.1A punto 5
 - sezione 1.1B punto 4il rimborso da parte della Società avverrà secondo le modalità indicate e non sarà soggetto ad ulteriore franchigia e/o scoperto;
- qualora le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento), rese al di fuori delle convenzioni intrattenute da Blue Assistance con il Network, riguardassero solo quelle dei medici, si applica lo scoperto del 25% con un minimo di € 500,00 al totale del sinistro;

- qualora le suddette prestazioni, rese al di fuori delle convenzioni intrattenute da Blue Assistance con il Network riguardassero solo quelle della clinica/Azienda Ospedaliera Pubblica si applica lo scoperto del 15% con un minimo di € 700,00 al totale del sinistro.

D) Servizio Sanitario Nazionale - trasformabilità della prestazione

L'Assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

1. Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte nelle garanzie "A) e B)", un'indennità per ogni giorno di ricovero comprensivo di pernottamento di € 150,00 con il massimo di 300 giorni per sinistro, per nucleo familiare e per periodo assicurativo. In caso di intervento effettuato in regime di Day Hospital si applicherà una diaria di € 100,00 al giorno.
2. Nel caso in cui l'Assicurato, pur in presenza di un ricovero effettuato a carico del Servizio Sanitario Nazionale, debba sostenere in proprio spese per:
 - accertamenti diagnostici, ivi compresi gli onorari medici e visite specialistiche sostenuti nei 120 giorni precedenti il ricovero;
 - accertamenti diagnostici, ivi compresi onorari medici e visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenuti nei 120 giorni successivi al termine del ricovero; e gli accertamenti suddetti siano resi indispensabili dall'evento considerato, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute e l'indennità di cui al punto 1 verrà ridotta a € 100,00 per ogni giorno di ricovero comprensivo di pernottamento, con il massimo di 300 giorni per sinistro, per nucleo familiare e per periodo assicurativo.

E) Ulteriori garanzie

1. Accompagnatore

La Società rimborsa le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 75,00 e con un massimo di 15 giorni sia in Italia che all'estero per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

2. Cure figli neonati ed adottati

La polizza, nel caso in cui entrambi i genitori risultino assicurati, opera anche nei confronti del neonato o del minore in affidamento preadottivo (senza necessità di loro indicazione sulla polizza) esclusivamente per i primi 6 mesi di vita o di affidamento limitatamente alle spese sostenute, durante il ricovero a seguito di infortunio o malattia. Per il solo neonato sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite. A parziale deroga dell'Art. 4 Sezione 3 (Condizioni generali di assicurazione), la garanzia è valida purché il parto o l'affidamento siano avvenuti trascorsi 300 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

3. Cure dentarie da infortunio

A parziale deroga di quanto riportato alla Sezione 1.5 (Prestazioni Escluse), la Società, nel caso di cure dentarie conseguenti ad infortunio, rimborsa le spese sostenute nel limite di € 1.500,00 per periodo assicurativo, per persona o per nucleo familiare.

Per ogni fattura verrà applicato uno scoperto del 30% con il minimo di € 55,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti il nesso tra infortunio e cure dentarie.

4. Chirurgia plastica, estetica e stomatologia ricostruttiva

A parziale deroga di quanto riportato alla Sezione 1.5 (Prestazioni Escluse), la Società rimborsa anche le spese per interventi di chirurgia plastica, estetica e stomatologia ricostruttiva su neonati (fino al compimento del 3° anno di età) purché conseguenti a neoplasie maligne o infortunio documentato da certificato di Pronto Soccorso. La Società rimborsa le spese sostenute a termini di polizza sino alla concorrenza di € 20.000,00.

5. Tossicodipendenza - Alcolismo - A.I.D.S.

Fermo restando che l'assicurazione cessa automaticamente nei confronti degli Assicurati che nel corso del contratto diventassero tossicodipendenti o alcolisti o avessero contratto l'A.I.D.S., a parziale deroga dell'Art. 7 Sezione 3 (Condizioni generali di assicurazione), si conviene che:

- a) in caso di tossicodipendenza o alcolismo, qualora si sottoponga a cure di disintossicazione con ricovero presso Centri abilitati dalle competenti Autorità, in base alla vigente normativa, al recupero psicologico dei tossicodipendenti o degli alcolisti, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, per un periodo massimo di 90 giorni, con il limite giornaliero di € 70,00. Questa estensione di garanzia vale solo per il primo ricovero. Terminato il periodo di ricovero e 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., la Società rimborsa sino alla concorrenza di € 7.000,00 le spese sostenute durante il ricovero per i 120 giorni successivi alla data in cui l'A.I.D.S. sia risultata in fase conclamata da documentazione medica.

Le garanzie sono prestate senza l'applicazione di alcun scoperto o franchigia.

6. Ricovero con carattere di urgenza effettuato in Italia

In caso di infortunio o malattia insorti improvvisamente e con modalità tali da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con Blue Assistance, la garanzia opera senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nei modi e nei termini previsti alle Sezioni 1.1 e 1.2.

Il riconoscimento del "carattere d'urgenza" si concretizza in caso di ricovero d'urgenza in rianimazione o comunque subito dall'Assicurato soccorso in stato d'incoscienza.

Durante il ricovero, l'Assicurato o chi per esso dovrà mettersi in contatto con Blue Assistance fornendo gli estremi della sua identificazione risultanti dalla sua Tessera Sanitaria. Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'urgenza del ricovero.

7. Circuito internazionale di cliniche convenzionate

In caso di patologia manifestatasi all'estero e di necessità di un ricovero in loco, con o senza intervento chirurgico, l'Assicurato deve immediatamente contattare il call center Blue Assistance al **numero verde 800 017 050 per le chiamate dall'Italia** ed al **numero +39 011 7425686 per le chiamate dall'estero**.

Blue Assistance, dopo il contatto telefonico con l'Assicurato, provvederà a dare incarico al proprio corrispondente in loco

di organizzare le necessarie visite e verifiche e a organizzare il ricovero presso una struttura ospedaliera idonea in loco.

In caso di ricovero ospedaliero per una patologia indennizzabile a termini di polizza, Blue Assistance autorizzerà il pagamento diretto delle spese mediche dell'Assicurato; qualora Blue Assistance non possa autorizzare il pagamento diretto delle spese mediche, il sinistro, se indennizzabile, sarà rimborsato come previsto dalle Condizioni di polizza.

8. Ricovero con carattere di urgenza effettuato all'estero

In caso di infortunio o malattia insorti improvvisamente e con modalità tali da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con Blue Assistance, la garanzia opera senza applicazione di alcun scoperto o franchigia nei modi e nei termini previsti alle Sezioni 1.1 e 1.2.

Il riconoscimento del "carattere d'urgenza" si concretizza in caso di ricovero d'urgenza in rianimazione o comunque subito dall'Assicurato soccorso in stato d'incoscienza.

Durante il ricovero, l'Assicurato o chi per esso dovrà mettersi in contatto con Blue Assistance fornendo gli estremi della sua identificazione risultanti dalla sua Tessera Sanitaria. Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'urgenza del ricovero.

F) Limite delle prestazioni

Le garanzie di cui alla presente Sezione 1.1 - Rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, sono complessivamente prestate entro il limite massimo di € 300.000,00 per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.

Sezione 1.2 - Garanzie Assicurative Second Opinion

1. Oggetto della prestazione

Il servizio "Second Opinion" permette di accedere per il tramite di Blue Assistance alla consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri Medico Specialistici di eccellenza internazionale.

Il servizio "Second Opinion" è prestato con riferimento alle seguenti condizioni patologiche diagnosticate presso strutture sanitarie autorizzate:

- Malattie cardiovascolari;
- Malattie cerebrovascolari (ictus);
- Cecità;
- Sordità;
- Afasia (perdita della parola);
- Tumori maligni;
- Insufficienza renale;
- Trapianto di organo;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Malattia di Parkinson;
- Gravi ustioni;
- Coma.

Il servizio "Second Opinion" consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da specialisti che operano presso Centri Medico Specialistici di eccellenza internazionale. Tale consulenza si concretizza in un protocollo diagnostico-terapeutico avente la finalità di supporto dell'Assicurato e del suo Medico Curante nell'individuazione del percorso di diagnosi e cura.

2. Composizione della rete

Il servizio "Second Opinion" viene fornito con il supporto di

partners specializzati nel settore dell'analisi e gestione dei dati clinici attraverso i quali avviene l'accesso ai centri medici internazionali. La composizione della rete di tali centri può subire variazioni nel tempo e a titolo puramente indicativo ne fanno, tra gli altri, attualmente parte:

- Massachusetts General Hospital Massachusetts
- Brigham & Women's Hospital Massachusetts
- Dana-Farber Cancer Institute Massachusetts
- Cleveland Clinic Ohio
- Johns Hopkins Medical Center Maryland
- Duke University Medical Center North Carolina
- Jackson Memorial Hospital Florida
- UCLA Medical Center California.

3. Decorrenza garanzia e limitazioni

A parziale deroga dell'Art. 4 sezione 3 (Condizioni generali di assicurazione) la garanzia decorre dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura.

La garanzia è inoltre soggetta alle seguenti limitazioni:

- una prestazione per patologia, con il massimo di due prestazioni per persona per periodo assicurativo per patologie diverse;
- sei prestazioni per persona per l'intera durata del contratto;

ed esclusioni:

- tutte le malattie preesistenti che si siano manifestate nei cinque anni precedenti alla stipula della polizza;
- malattie congenite o H.I.V. correlate.

4. Attivazione prestazione

Per l'attivazione del servizio di Second Opinion l'Assicurato deve:

- contattare il call center Blue Assistance al numero verde 800 017 050 per le chiamate dall'Italia ed al numero +39 011 7425686 per le chiamate dall'estero. al fine di valutare l'operatività della garanzia;
- inviare a Blue Assistance tutta la propria documentazione sanitaria (cartella clinica, referti analisi, lastre radiografiche, TAC, RMN, ecc), ritenuta utile per l'analisi del caso, indicando eventualmente il medico curante cui fare riferimento.

Successivamente:

- la documentazione viene esaminata dallo staff medico Blue Assistance che ne valuta la completezza e se necessario chiarisce con Assicurato e/o medico curante i quesiti clinici di cui si chiede risposta;
- lo staff medico cura la preparazione e la traduzione dei file del dossier clinico in accordo con gli standard richiesti dai centri di eccellenza;
- una volta completato il dossier clinico viene trasmesso alla centrale operativa internazionale che in funzione della/e patologia/e e dei quesiti clinici, assegna il caso alla struttura di eccellenza ottimale nella disciplina specifica e coordina gli interventi dei vari specialisti necessari;
- il rapporto diagnostico-terapeutico, redatto dagli specialisti del centro di eccellenza, viene inviato a Blue Assistance attraverso la centrale operativa internazionale;
- Blue Assistance riceve relazione medica riguardo il caso e provvede all'inoltro della stessa all'Assicurato e/o al Medico Curante da lui indicato. Se richiesto, Blue Assistance predispone la traduzione della relazione medica in italiano. Contestualmente viene restituita tutta la documentazione medica.

La prestazione "Second Opinion" verrà erogata entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione (o delle integrazioni richieste) oppure entro tale periodo verranno comunicate all'Assicurato, in forma scritta, le motivazioni di impossibilità a fornire la prestazione medesima.

Resta in ogni caso esclusa ogni responsabilità della Società

in merito alle valutazioni medico-sanitarie della consulenza redatta dai medici specialisti. La "Second Opinion" non deve in alcun modo sostituirsi al parere del medico di fiducia dell'Assicurato, cui egli deve fare riferimento.

Sezione 1.3 - Critical Illness

1. Oggetto della prestazione

Con la garanzia "Critical Illness" la Società si impegna a pagare all'Assicurato una prestazione in forma capitale pari a € 10.000,00 (diecimila euro) se, nel corso della copertura assicurativa prestata con il presente contratto, viene diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi di seguito indicate.

Qualora alla richiesta della prestazione l'Assicurato avesse compiuto i 50 anni di età, la suddetta prestazione in forma capitale verrà ridotta a € 7.500,00 (settemilacinquecento euro).

2. Malattie gravi determinanti l'attivazione della garanzia

Ai fini della presente copertura sono considerate malattie gravi le seguenti patologie, diagnosticate od operate, presso strutture sanitarie autorizzate, da parte di medici specialisti:

Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di ciascuno dei seguenti criteri:

1. storia clinica del tipico dolore cardiaco;
2. alterazioni elettrocardiografiche specifiche;
3. alterazione degli enzimi cardiaci.

È esclusa dalla garanzia la "Sindrome coronarica acuta" nonché un aumento della Troponina T ed I senza sopraslivellamento del tratto ST.

Ictus

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale che ha prodotto un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico di durata pari ad almeno 3 mesi.

Oltre a quanto non rientra nella predetta definizione sono esclusi dalla garanzia l'ischemia transitoria (TIA) ed il deficit neurologico conseguente ad emicrania.

Intervento chirurgico sulle arterie coronarie

Intervento chirurgico a cuore aperto per correggere il restringimento o occlusione di due o più coronarie con innesti di bypass. La necessità dell'intervento deve essere provata mediante esame coronarografico. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser nonché l'intervento mediante la tecnica del key-hole.

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. Si intendono coperti la leucemia e le forme maligne del sistema linfatico come la malattia di Hodgkin (escluso lo stadio 1). Dalla garanzia sono esclusi la neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN) ogni cancro non invasivo (cancro in situ), qualsiasi cancro allo stadio pre-maligno, il cancro alla prostata allo stadio A, qualsiasi cancro della pelle più il melanoma maligno allo stadio IA e ogni tumore maligno in presenza di HIV.

Insufficienza renale

Malattia renale terminale che si presenta come una perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con l'Assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.

Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

3. Fornitura della prestazione

Per accedere alla prestazione l'Assicurato deve presentare richiesta scritta (Raccomandata RR) a Blue Assistance S.p.A. - Via Santa Maria 11, 10122 Torino - allegando:

- copia completa della documentazione sanitaria pertinente l'evento patologico in oggetto (cartella clinica, referti analisi, lastre radiografiche, TAC, RMN, ecc.);
- riferimento (Istituto di Cura, Medico curante, etc.) a cui inoltrare eventuale richiesta di documentazione integrativa;
- le Coordinate Bancarie di C/C intestato all'Assicurato (CAB - ABI - n° C/C, il tutto secondo codifiche IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali - obbligatorie da settembre 2003).

Eventuali richieste di ulteriore documentazione verranno comunicate da Blue Assistance entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della documentazione medica.

Entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione (o delle integrazioni richieste) Blue Assistance darà riscontro all'Assicurato della disposizione del bonifico per l'intero importo indicato all'Art. 1 della presente sezione oppure comunicherà in forma scritta le motivazioni di impossibilità a fornire tale servizio.

Il capitale di cui all'Art. 1 della presente sezione è costante per tutta la durata del contratto e verrà corrisposto, per ogni Assicurato, una sola volta per tutta la durata dello stesso e di eventuali rinnovi. Nessun pagamento sarà quindi dovuto alla diagnosi di una seconda malattia grave.

4. Operatività della garanzia

La garanzia è operante a condizione che l'evento patologico abbia determinato prestazione diretta o effettivamente rimborsabile ai sensi della Sezione 1.1 di polizza e che la richiesta della prestazione "Critical Illness" pervenga a Blue Assistance entro 30 giorni lavorativi dalla effettiva data di diagnosi.

A parziale deroga dell'Art. 4 Sezione 3 (Condizioni generali di assicurazione), le garanzie nei confronti dei singoli assicurati decorrono in ogni caso dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo alla data di attivazione della copertura.

La prestazione in forma di capitale, in quanto sostegno economico addizionale all'Assicurato oggetto di cure, è strettamente legata alla persona e verrà riconosciuta solo all'Assicurato stesso, in vita al momento dell'erogazione, intendendosi con questo che il diritto alla stessa non è cedibile a terzi e si estingue alla morte dell'Assicurato stesso.

Sezione 1.4 - Prestazioni specialistiche extra-ricovero

La garanzia assicurativa di cui alla presente sezione è operante solo se sulla scheda di polizza ne è indicata la specifica attivazione. Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate esclusivamente in regime di prestazione indiretta (Art. 9 delle Condizioni generali).

1. Alta diagnostica

La Società, previa prescrizione effettuata da medico specialista indicante la patologia o il sospetto patologico, rimborsa all'Assicurato - nel limite del massimale convenuto pari a € 5.000,00 per sinistro per periodo assicurativo e per nucleo familiare le prestazioni specialistiche qui di seguito elencate:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, etc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC;
- Medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, etc.);
- Coronografia;
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, etc.);
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- Esofago-Gastro-duodenoscopia;
- Retto-Colonscopia;
- Broncoscopia;
- Cistoscopia;
- Scintigrafia.

Per ogni prestazione verrà applicato uno scoperto del 25% con un minimo di € 100,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato, sia che la prestazione venga erogata nell'ambito del Network, sia che venga erogata da strutture non convenzionate.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

2. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (esclusa alta diagnostica)

La Società rimborsa, entro un limite massimo per prestazione di € 200,00, le spese per:

- onorari per visite specialistiche ambulatoriali o domiciliari, anche in regime di intramoenia;
 - analisi ed esami diagnostici di laboratorio in genere;
- purché tali visite ed esami siano conseguenti a malattia o a infortunio e comunque con l'esclusione delle visite pediatriche, ginecologiche, oculistiche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Per ogni prestazione verrà applicato uno scoperto del 30% con il minimo di € 55,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato, sia che la prestazione venga erogata nell'ambito del Network, sia che venga erogata da strutture non convenzionate.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate è pari a € 1.600,00 per persona e per nucleo familiare.

3. Aumento massimale per assenza sinistri

Resta convenuto che a ogni scadenza annuale intermedia i limiti di risarcimento previsti nella sezione 1.4 - Prestazioni specialistiche extra-ricovero vengono ridefiniti nel seguente modo:

- se nel corso dell'annualità di polizza trascorsa non sono avvenuti e/o denunciati sinistri risarcibili ai sensi della presente Sezione 1.4, se non il rimborso di tickets sanitari relativi a prestazioni effettuate in ambito SSN, il limite di € 5.000,00 relativo alla garanzia di cui al punto 1 "Alta diagnostica" si intende aumentato a € 7.000,00

per l'annualità successiva e il limite di € 1.600,00 relativo alla garanzia di cui al punto 2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (esclusa Alta diagnostica)" si intende aumentato a € 2.100,00 sempre per l'annualità successiva;

- se nel corso dell'annualità di polizza trascorsa sono avvenuti e/o denunciati sinistri risarcibili ai sensi della presente Sezione 1.4 (con esclusione dei tickets sanitari) il limite di € 5.000,00 relativo alla garanzia di cui al punto 1 "Alta diagnostica" e il limite di € 1.600,00 relativo alla garanzia di cui al punto 2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (esclusa Alta diagnostica)" si intendono confermati per l'annualità successiva.

Sezione 1.5 - Prestazioni escluse

In relazione alle garanzie assicurative prestate nelle Sezioni 1.1, 1.2, 1.3 e 1.4 resta convenuto tra le parti quanto segue. Sono sempre escluse le prestazioni sanitarie non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti.

Sono sempre escluse le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario redatto all'atto della stipula del contratto.

Non sono, inoltre, risarcibili le spese per:

- acquisto di montatura di occhiali e lenti anche a contatto;
- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports e/o hobbies aerei; di infortuni subiti in occasione della pratica del pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespirazione;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- acquisto di farmaci/medicinali e di presidi ortopedici (ove non specificamente inclusi in garanzia);
- trattamenti di medicina alternativa (fitoterapia, agopuntura);
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- aborto volontario;
- lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- i risarcimenti da gravidanza prima di 300 giorni a far tempo dalla data di sottoscrizione (o dalla successiva data

di inserimento in garanzia);

- amniocentesi e villocentesi effettuati su donne di età inferiore a 35 anni in assenza delle seguenti circostanze di rischio (Indicazioni alla Diagnosi Prenatale - Gazzetta Ufficiale 20/10/1998):
 - genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
 - genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico;
 - genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità;
 - anomalie malformative evidenziate ecograficamente;
 - probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità;
- le visite, le cure e le protesi dentarie ed ortodontiche, l'implantologia.

Sezione 2 - Assistenza

I servizi di Assistenza vengono forniti da **Inter Partner Assistance S.A. - Via Carlo Pesenti 121, 00156 Roma.**

Le modalità di accesso a tali servizi sono regolate al punto 20 della presente sezione.

1. Prestazioni

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro oggetto di risarcimento.

2. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

3. Invio di un medico generico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

4. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

5. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di

residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario (solo per i Paesi Europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

Alla dimissione dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società fino ad un importo massimo di € 10.000,00, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

6. Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al proprio domicilio, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di rientrare al proprio domicilio.

La Società terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 150,00 per sinistro.

7. Invio di un infermiere in Italia

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo € 250,00 complessive per sinistro.

Assistenza sanitaria in viaggio

Le prestazioni che seguono sono fornite quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.

8. Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato in viaggio da solo necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

9. Rientro sanitario

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

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

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

La Società, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

10. Rientro salma

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia deceduto, la Centrale Operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 5.000,00 per sinistro. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo diventerà operante dal momento in cui la Centrale Operativa avrà ricevuto a garanzia del costo residuo garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

11. Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio o malattia improvvisa come risultante da prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Centrale Operativa, ricevuta la sua comunicazione, organizza il prolungamento del suo soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 100,00 al giorno per ciascun Assicurato.

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

12. Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete, tenendone la Società a proprio carico i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa.

13. Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempreché commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviargliele con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Società terrà a proprio carico le spese di ricerca e spedizione dei medicinali, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali stessi.

Assistenza domiciliare integrata

Le prestazioni che seguono sono fornite al domicilio, purché situato in Italia, dell'Assicurato dopo le sue dimissioni da un ricovero, dovuto a malattia o infortunio, della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico.

14. Assistenza domiciliare post ricovero

La Centrale Operativa, su richiesta scritta da parte del medico curante dell'Assicurato, organizza e gestisce la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di personale medico e paramedico convenzionato per un massimo di 15 giorni consecutivi dopo le dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dalla Centrale Operativa in accordo con il medico curante dell'Assicurato.

La Centrale Operativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

15. Prestazioni professionali post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di un professionista fino ad un massimo di 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

16. Servizi sanitari post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di:

- eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie ed altri accertamenti diagnostici, purché effettuabili al domicilio;
- usufruire del ritiro e della consegna al proprio domicilio degli esiti di esami ed accertamenti diagnostici;
- usufruire della consegna al proprio domicilio di farmaci e articoli sanitari;

la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino a 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

17. Servizi non sanitari post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, incombenze amministrative, disbrigo di faccende

domestiche, sorveglianza minori, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare proprio personale di servizio fino a 10 ore complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

18. Attivazione della Centrale Operativa

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Centrale Operativa.

19. Richiesta di assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo a:

- Inter Partner Assistance S.A.
Via Carlo Pesenti 121
00156 Roma
- numero verde: 800 969 649
- oppure al numero di Roma: 06 42115649
- per chiamate dall'estero può comporre il seguente numero:
+39 06 42115649
- oppure se non può telefonare può inviare un fax a:
06 4818960 (+39 06 4818960 dall'estero).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. numero di polizza;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornire integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

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

20. Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative compensazione.

21. Validità della copertura

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun periodo assicurativo di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Ad eccezione di quanto previsto per la prestazione a) Consulenza medica, ciascuna delle altre prestazioni di assistenza è fornita non più di tre volte per annualità assicurativa.

22. Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

Tutte le prestazioni di Assistenza (cioè prestate ai sensi delle garanzie di cui alla Sezione 2) non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce;
- accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guido-slitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie nervose e mentali;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
- ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche;
- il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
- l'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Centrale Operativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso;
- la polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

23. Altre assicurazioni assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra Società, le suddette prestazioni saranno operanti nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Sezione 3 - Condizioni generali

Valide per tutte le prestazioni assicurative esclusa l'assistenza

1. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

2. Dichiarazione dell'Assicurato - Questionario sanitario

All'atto della sottoscrizione della polizza il Contraente fornisce in originale un questionario sanitario per ogni singolo Assicurato.

I questionari devono essere compilati in ogni loro parte e

firmati dall'Assicurato o per i minori dal genitore o da chi ne fa le veci.

Per ogni singolo Assicurato, la controfirma e timbro del questionario dal/i medico/i di famiglia che abbia/abbiano prestato l'assistenza sanitaria di base nei due anni almeno precedenti alla stipula del contratto ridurrà il periodo di aspettativa - carenza nei termini di cui al successivo Art. 4; tale riduzione del periodo di aspettativa - carenza è subordinata alla trasmissione del questionario completo di firma e timbro del medico di famiglia entro 15 giorni lavorativi dalla data di sottoscrizione del contratto.

Qualora il medico di famiglia introducesse delle modifiche/integrazioni ai contenuti delle risposte fornite dall'Assicurato tramite il questionario, la copertura assicurativa si intende sospesa fino alla conferma/modifica del contratto concordata tra le parti. Trascorsi trenta giorni lavorativi dalla data di sospensione le parti avranno facoltà di annullare il contratto o la copertura prestata al singolo Assicurato; in questo caso la Società restituirà al Contraente la parte di premio pagata e non goduta al netto degli oneri fiscali.

I questionari formano parte integrante dell'emittendo contratto e quindi le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del questionario sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Analogamente, sono rilevanti ai sensi degli Artt. 1892 - 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni del Contraente controfirmate sulla scheda di polizza e relative a:

- condizioni di non assicurabilità;
- assenza di polizze malattia annullate per sinistro nel quinquennio precedente.

3. Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti del rischio, ivi comprese le variazioni relative alla professione e al luogo di residenza delle persone assicurate, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

4. Pagamento del premio, decorrenza delle prestazioni e termini di aspettativa - carenza

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di 365 giorni cioè un anno, ed è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

Qualora il pagamento della prima rata avvenga successivamente alla data di decorrenza del contratto, le garanzie saranno attive dalle ore 24.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Qualora le rate di premio successive alla prima non siano state pagate, le garanzie resteranno sospese dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo alla scadenza, e riprenderanno vigore dalle ore 24.00 del giorno dell'avvenuto pagamento (Art. 1901 del Codice Civile).

Nel caso di pagamento avvenuto dopo il 60° giorno dalla scadenza, i termini di aspettativa - carenza - di cui ai paragrafi che seguono del presente articolo si intenderanno riattivati dalla data del pagamento stesso.

Anche in deroga al 1° comma dell'Art. 1899 del Codice Civile, le garanzie nei confronti dei singoli assicurati decorrono:

- per gli infortuni dalla decorrenza della copertura assicurativa;
- per le malattie dalle ore 24.00 del 20° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura purché il questionario anamnestico risulti controfirmato e timbrato dal/i medico/i di famiglia dell'Assicurato che abbia/abbiano prestato assistenza sanitaria di base almeno nei due anni precedenti alla stipula del contratto. Qualora

il questionario non risulti controfirmato e timbrato dal/i medico/i di famiglia il suddetto termine di aspettativa - carenza di 20 giorni si intende aumentato a 180 giorni;

- per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ed insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, per le conseguenze di infortuni pregressi e per le patologie diagnosticate nei primi 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura, dalle ore 24 del 180° giorno dalla data di decorrenza della copertura;
- per il parto, dalle ore 24.00 del 300° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura;
- per le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24.00 del 60° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori somme previste dal nuovo contratto. La presente pattuizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

5. Calcolo del premio e adeguamento

Il premio annuo calcolato all'atto della stipula del contratto resta immutato per tutta la durata contrattuale.

Qualora l'assicurazione venga prestata per l'interesse del nucleo familiare, purché composto da almeno 2 persone, il premio imponibile complessivo relativo a tali garanzie verrà diminuito del 10%.

Tale riduzione di premio è vincolata all'inserimento in polizza di copia dello stato di famiglia, avente data di emissione non anteriore a oltre 2 mesi dalla data di stipulazione della polizza. Inoltre se il contratto è stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto durato 5 anni riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie nonchè esente da sinistri avvenuti e/o denunciati (se non relativi al rimborso di tickets sanitari relativi a prestazioni SSN), alla scadenza di 5 anni, il premio imponibile annuo, calcolato sulla base delle tariffe aggiornate, verrà diminuito del 20%.

6. Altre Assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo restando l'obbligo dell'Assicurato di darne preavviso in caso di sinistro.

7. Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o siero positività HIV, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora uno o più malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 2 dichiarazioni dell'Assicurato.

8. Prova del contratto, forma e validità delle comunicazioni

I rapporti relativi alla garanzia in intestazione sono regolati unicamente sulla base del presente documento.

Tutte le comunicazioni debbono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata AR, telegramma oppure fax alla sede dell'Agenzia, all'intermediario autorizzato o alla sede della Società.

Qualunque variazione dell'assicurazione dovrà risultare da atto scritto firmato da entrambe le parti.

9. Denuncia e pagamento del sinistro

Prestazione indiretta - rimborso all'Assicurato

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi, nonché fatturate da un istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che li giustifichi.

Prestazione diretta - pagamento diretto del fornitore della prestazione

La Società effettua il pagamento delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termine di convenzione in regime di assistenza diretta, e cioè con il pagamento da parte dell'Assicurato delle sole franchigie e scoperti nei casi previsti nonché delle prestazioni non garantite dalle convenzioni in corso con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

La garanzia di prestazione diretta è operante in caso di ricovero (con o senza intervento) e a condizione che l'Assicurato si sia avvalso di uno o più dei professionisti o degli istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del network e abbia richiesto autorizzazione a Blue Assistance con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi.

Blue Assistance mette a disposizione il proprio call center per la richiesta di informazioni relative sia agli istituti e medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

Il call center è accessibile al **numero verde 800 017 050 per le chiamate dall'Italia** ed al **numero +39 011 7425686 per le chiamate dall'estero**.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.blueassistance.it.

Alla denuncia di sinistri relativi a interventi di chirurgia refrattiva e a trattamenti con laser eccimeri, l'Assicurato dovrà allegare adeguata documentazione medica comprovante l'assenza di anisometria e/o deficit visivo alla data di decorrenza della copertura.

10. Persone assicurabili - inclusioni ed esclusioni nel novero degli Assicurati - Assicurazione per conto altrui

Sono singolarmente assicurabili tutte le persone incluse nello "stato di famiglia" purché conviventi. Con esplicita pattuizione contrattuale il Contraente potrà far rientrare nel nucleo familiare una persona non inclusa nello stato di famiglia purché convivente e domiciliata presso lo stesso. I familiari risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato debbono essere inseriti contestualmente al Contraente oppure alla prima scadenza annua utile previa compilazione e relativa valutazione del questionario sanitario.

L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di decorrenza della copertura per il Contraente è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; in questo caso il coniuge o il convivente oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 30 (trenta) giorni dalla data di certificazione della variazione dello stato di famiglia

oppure alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso. Qualora la presente assicurazione sia 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.

11. Durata dell'Assicurazione

Il contratto di assicurazione, fermi restando i termini iniziali di decorrenza delle garanzie stabiliti nell'Art. 4 delle Condizioni di assicurazione, ha durata massima di 5 anni, a partire dalle ore 24.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione senza possibilità di rinnovo.

La copertura assicurativa cessa alla scadenza contrattuale e può essere proseguita attraverso la stipula di un nuovo contratto.

12. Recesso dall'Assicurazione

A seguito di un sinistro avvenuto e denunciato entro i primi due anni dalla data di decorrenza è facoltà di entrambe le parti di recedere dal contratto. In caso di polizze che assicurino due o più persone il recesso può essere esercitato da entrambe le parti limitatamente al solo Assicurato cui si riferisce il sinistro.

Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo o alla contestazione formale della richiesta/offerta di indennizzo.

L'assicurazione cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso.

In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Trascorsi due anni dalla data di prima sottoscrizione, la sola Società perde il diritto al recesso.

13. Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla risarcibilità delle spese e/o sulla entità dei risarcimenti o indennizzi è data facoltà alle parti, ove entrambe consenzienti, a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi delle indennità a norma e nei limiti delle condizioni di assicurabilità, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove risiede l'Assicurato.

Ciascun interessato sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per gli interessati anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

14. Valuta di pagamento

Le indennità e i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

15. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle

imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

16. Foro competente

Il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente.

17. Rinvio alle norme di legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le disposizioni di legge.

18. Termini di prescrizione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 365 giorni cioè un anno dalle singole scadenze mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche.

DARAG Italia S.p.A.

Sede e direzione generale
Via Pampuri 13, 20141 Milano
darag@legalmail.it

DARAG Italia S.p.A. · Società per Azioni a socio unico · Capitale sociale € 43.900.000 i.v. · Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U. 26/6/1986 n.146) · N° Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 07707320151 · Partita IVA N° 10042300151 · Iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese IVASS al n. 1.00061 · Società soggetta a direzione e coordinamento di DARAG Group Limited con sede a Malta.