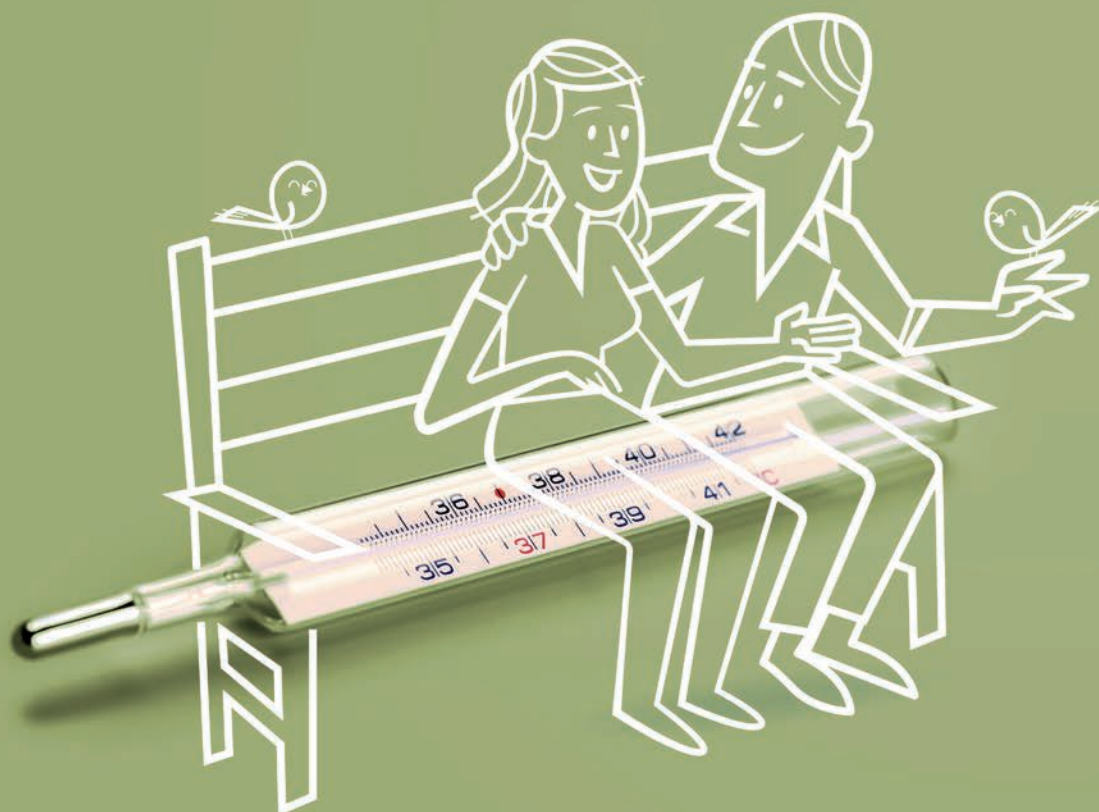




RealmenteInSalute *Durata Definita*

ASSICURAZIONE SANITARIA

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

 **REALE
MUTUA**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE REALMENTE IN SALUTE DURATA DEFINITA

Mod. 5169 MAL
Ed. 06/2026

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA – BLUE ASSISTANCE – 24 ore - 7 giorni su 7	800 092 092
SERVIZIO CLIENTI - BUONGIORNO REALE – lun - sab 8-20	800 320 320

AREA RISERVATA



All'indirizzo www.realemutua.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze. È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Reale Mutua Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

RealmenteInSalute Durata Definita è un prodotto Rimborso Spese Mediche, modulare e personalizzabile che contiene garanzie assicurative e servizi per tutelarsi dai rischi relativi ad eventi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute e l'integrità fisica delle persone.

Il prodotto è pensato per singoli individui o famiglie che desiderano affrontare qualsiasi inconveniente legato alla salute nella massima tranquillità e in tempi brevi, rimanendo liberi di scegliere quando utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale, quello privato o quello pubblico con alcune prestazioni private.

La garanzia base è il rimborso delle spese mediche in caso di ricovero ma è possibile scegliere di ampliare il perimetro di operatività del prodotto inserendo anche una garanzia a copertura delle spese ospedaliere non connesse al ricovero, quali visite specialistiche e accertamenti diagnostici. L'offerta è ulteriormente personalizzabile scegliendo tra due formule di copertura alternative tra di loro – Comfort e Deluxe – che si differenziano per i massimali e i deducibili (franchigie / scoperti) a carico dell'Assicurato.

Inoltre, è possibile sottoporsi a un set di esami di medicina preventiva, scegliendo tra diverse tipologie di check-up, in base alle proprie esigenze.

RealmenteInSalute Durata Definita offre anche l'opportunità di aderire all'iniziativa "Realmente Wellness" che promuove il benessere della persona, ponendo la massima attenzione all'alimentazione e all'attività fisica moderata e costante: l'Assicurato che dimostrerà di essere fisicamente attivo nel corso della durata contrattuale, avrà diritto ad una diminuzione di premio per le annualità di polizza successive alla prima.

Per maggiori dettagli sull'iscrizione e sulla descrizione dell'iniziativa in oggetto, rivolgersi in Agenzia o consultare il sito web www.realemutua.it.

Completano l'offerta un ricco ventaglio di prestazioni di assistenza per far fronte ad emergenze di natura sanitaria e l'accesso a una piattaforma online dedicata per usufruire del network sanitario, odontoiatrico, fisioterapico e centri ottici e fitness di Blue Assistance beneficiando di un notevole risparmio sul costo delle prestazioni.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

GLOSSARIO	07
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	10
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	10
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	10
1.2 ONERI FISCALI - CAMBIO RESIDENZA DEL CONTRAENTE	10
1.3 ALTRE ASSICURAZIONI	10
1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE A REALE MUTUA	11
 2 DURATA DELLA COPERTURA	11
2.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	11
 3 DISDETTA E RECESSO	11
3.1 DISDETTA	11
3.2 RECESSO	12
3.2.1 FACOLTÀ DI RECESSO PER POLIZZE POLIENNALI	12
3.2.2 RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	12
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO	12
4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
4.2 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	12
4.3 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ	13
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	13
<i>i</i> 6 ALTRE INFORMAZIONI	13
6.1 TERMINI E RINUNCIA ALLA RIVALSA	13
6.2 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE	13
6.3 FORO COMPETENTE	14
6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	14
6.5 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE	14
6.6 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	14

SEZIONE MALATTIE	15
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE	15
AREA RICOVERO - OPZIONE COMFORT	15
7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE	15
7.1.1 OGGETTO	15
7.1.2 OPERATIVITÀ	18
7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE GRAVI PATOLOGIE	18
7.2.1 OGGETTO	18
7.2.2 OPERATIVITÀ	20
AREA RICOVERO - OPZIONE DELUXE	21
7.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE	21
7.3.1 OGGETTO	21
7.3.2 OPERATIVITÀ	24
AREA RICOVERO - FRANCHIGIA	24
7.4 FRANCHIGIA	24
AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE COMFORT	25
7.5 ALTA DIAGNOSTICA	25
7.5.1 OGGETTO	25
7.5.2 OPERATIVITÀ	25
7.6 DIAGNOSTICA COMPLETA	26
7.6.1 OGGETTO	26
7.6.2 OPERATIVITÀ	26
7.7 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	26
7.7.1 OGGETTO	26
7.7.2 OPERATIVITÀ	26
AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE DELUXE	27
7.8 ALTA DIAGNOSTICA	27
7.8.1 OGGETTO	27
7.8.2 OPERATIVITÀ	27
7.9 DIAGNOSTICA COMPLETA	28
7.9.1 OGGETTO	28
7.9.2 OPERATIVITÀ	28
7.10 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	28

7.10.1 OGGETTO	28
7.10.2 OPERATIVITÀ	28
AREA NON ASSICURATIVA	29
7.11 ACCESSO AL NETWORK	29
A - OGGETTO	29
B - OPERATIVITÀ	29
 8 CHE COSA NON È ASSICURATO	30
8.1 ESCLUSIONI	30
8.2 CARENZE	31
9 TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI	32
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	33
10.1 DATA DEL SINISTRO	33
10.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	33
10.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	33
10.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - AREA RICOVERO	34
10.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - AREA EXTRARICOVERO	37
SEZIONE ASSISTENZA	39
 11 CHE COSA POSSO ASSICURARE	39
11.1 CON TE IN SALUTE	39
11.2 CON TE A CASA	42
 12 CHE COSA NON È ASSICURATO	45
12.1 ESCLUSIONI	45
 13 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	46
13.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	46
13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	46
13.3 RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE	46
APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA	47
APPENDICE 2 - ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE	52
APPENDICE 3 - MEDICINA PREVENTIVA	53
APPENDICE 4 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA	59

LEGENDA



CHE COSA POSSO ASSICURARE

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate nel modulo di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Questo capitolo descrive il funzionamento di alcune garanzie indicando ad esempio l'ambito di copertura ed eventuali limitazioni dello stesso nonché i periodi all'interno del quale alcune garanzie non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepiloga per ogni singola garanzia i limiti di indennizzo, le franchigie ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Fornisce informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Indica i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

In questo capitolo sono riportati gli obblighi e gli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



DURATA DELLA COPERTURA

Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



DISDETTA E RECESSO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grigio devono essere lette attentamente dal *Contraente/Assicurato*.

I termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato in seguito.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

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

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Reale Mutua, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* che ha selezionato in Italia e all'Estero.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance S.p.A.* che organizza ed eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in *polizza*.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL

Degenza solo diurna in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY

Degenza solo diurna in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico e documentata da *cartella clinica*.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'Appendice 2.

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*Assicurato* a svolgere le sue normali occupazioni.

INDENNIZZO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

INDICE

L'indice delle spese mediche che rappresenta la media dei valori degli indici sanitari ISTAT rilevati e ponderati dall'ISTAT.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

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

Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

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

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

MALATTIA

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

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 stato morboso diagnosticato all'*Assicurato*.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

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

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, Reale Mutua presta la garanzia.

MEMO CARD BLUE ASSISTANCE

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

MODULO DI POLIZZA

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

NON AUTOSUFFICIENZA

Impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge, convivente more uxorio e figli conviventi con il *Contraente*, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia. Si intendono inclusi nel *nucleo familiare* anche i figli non conviventi fino all'indipendenza economica, comunque, non oltre i 30 anni, purché residenti in Italia.

PIATTAFORMA ONLINE DEDICATA

La piattaforma a disposizione dell'*Assicurato* accessibile tramite l'Area Riservata di Reale Mutua o l'APP Reale Mutua Mobile in cui l'*Assicurato* stesso potrà usufruire dei servizi non assicurativi sempre operanti. Resta espressamente inteso che Reale Mutua si riserva la facoltà di cambiare la piattaforma nel corso della durata della *polizza*, previa comunicazione al *Contraente*.

POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che costituisce parte integrante della *polizza* e descrive lo stato di salute dell'*Assicurato* sulla base di dichiarazioni da lui rese.

Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio da parte dell'assicurazione.

Il Questionario deve essere sottoscritto dall'*Assicurato* medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

RESIDENZA

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

RICOVERO

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

SINISTRO

Si considerano *sinistro*: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico*, il *ricovero* domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate. Per le prestazioni di Assistenza si considera *sinistro* il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna. Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, presso i quali l'*Assicurato* – previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance* - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

L'elenco delle *strutture sanitarie* e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it o dall'APP Reale Mutua Mobile.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'*Assicurato* ottenga conferma, contattando *Blue Assistance*, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiologia e simili) prescritte dal medico o specialista, praticate da operatore sanitario riconosciuto e abilitato ed effettuate unicamente in *strutture sanitarie* autorizzate ivi compresi gli ambulatori medici.

VISITA SPECIALISTICA

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

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'*assicurazione*.



1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

1.1.1. Il contratto è stipulato ed il relativo premio è determinato sulla base delle dichiarazioni rese dal *Contraente* e riportate in polizza. Le reticenze e le dichiarazioni inesatte possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione*, così come previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

1.1.2 L'*Assicurato* prende atto che il dato relativo alla sua *residenza* è elemento rilevante ai fini della corretta valutazione del rischio e della conseguente determinazione del premio. Pertanto, l'*Assicurato* si impegna a comunicare a Reale Mutua ogni variazione della sua *residenza* entro 30 giorni.

1.2 ONERI FISCALI - CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE

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

Nel caso in cui il *Contraente* o l'*Assicurato*, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria *residenza* in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a Reale Mutua attraverso i canali indicati all'art. 1.4 entro 30 giorni dal trasferimento.

Si ricorda che il trasferimento di *residenza* potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova *residenza*. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, Reale Mutua potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che Reale Mutua abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il *Contraente* o l'*Assicurato* si obbliga altresì a comunicare a Reale Mutua il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

Nel caso in cui la variazione di *residenza*/domicilio del *Contraente*/Assicurato avvenga al di fuori dello spazio economico europeo l'*assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale senza obbligo di comunicazione fra le parti.

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare a Reale Mutua attraverso i canali indicati all'art.1.4 l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di *sinistro* il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli *assicuratori*, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice civile.

1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE A REALE MUTUA

Tutte le comunicazioni alle quali il *Contraente* è tenuto nei confronti di Reale Mutua dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto o posta elettronica certificata (PEC) a Reale Mutua ai seguenti indirizzi:

- Per mezzo raccomandata A/R: Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino (Italia);
- PEC: realemutua@pec.realemutua.it.



2. DURATA DELLA COPERTURA

2.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto può avere durata poliennale o annuale.

In caso di *polizza* poliennale, ferma la facoltà del *Contraente* di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

L'assicurazione cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nel *modulo di polizza*, senza necessità di disdetta.

In caso di *polizza* annuale il contratto può:

- prevedere il tacito rinnovo (se indicato in *Modulo di polizza*). In tal caso, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza ai sensi dell'art. 3.1, il contratto è prorogato per un anno e così di seguito.
- non prevedere il tacito rinnovo. In tal caso l'assicurazione cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nel *modulo di polizza*, senza necessità di disdetta.



3. DISDETTA E RECESSO

3.1 DISDETTA

Se l'assicurazione è stipulata con il tacito rinnovo, le Parti devono comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della sua scadenza annuale.

Il contraente deve comunicare la disdetta a Reale Mutua nelle modalità e forme previste all'art. 1.4.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva dell'assicurazione alla scadenza annuale.

3.2 RECESSO

3.2.1 FACOLTÀ DI RECESSO PER POLIZZE POLIENNALI

In caso di *polizza* poliennale, il *Contraente* ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante comunicazione, inviata attraverso i canali indicati all'art. 1.4, effettuata con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

3.2.2 RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita a distanza, il *contraente* può recedere dall'*assicurazione* entro 14 giorni dalla stipula o dalla data in cui riceve le condizioni contrattuali e le informazioni precontrattuali, se successiva.

Il recesso può essere comunicato con le seguenti modalità:

- inviando *comunicazione* a Reale Mutua o all'intermediario con cui è stata stipulata l'*assicurazione* contenente gli elementi identificativi di quest'ultima;
- se l'*assicurazione* è stata acquistata online, tramite la funzione digitale su app, sito web o Area Riservata.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della *comunicazione* con le modalità sopra indicate.

Reale Mutua rimborsa il premio secondo quanto previsto dalla normativa.

Il *contraente* non può recedere se, durante il termine in cui può essere esercitato il diritto di recesso: a) richiede la liquidazione dell'*indennizzo*; b) in caso di polizza obbligatoria, si verifica il sinistro o c) richiede esplicitamente l'esecuzione del contratto.



4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di premio successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile.

In caso di mancato pagamento del premio oltre 3 mesi dalla scadenza, le carenze di cui all'art. 8.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

4.2 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il premio e i *massimali* dell'*assicurazione* sono indicizzati e pertanto si adeguano seguendo le variazioni dell'*Indice*.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- al termine "Indice Base": l'*indice* relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza dell'*assicurazione* o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "Nuovo Indice": l'*indice* relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;

si conviene che il premio dell'*assicurazione* viene adeguato ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".

Reale Mutua, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice, si riserva di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del premio.

In tal caso Reale Mutua comunica la variazione al contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

4.3 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il premio delle garanzie della Sezione "Malattie" è incrementato ad ogni annualità successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali indicate nelle tabelle riportate nell'Appendice 1 di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione.

All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 4.2.



5. DOVE VALE LA COPERTURA

L'assicurazione vale in tutto il mondo. La Sezione Assistenza di cui all'art. 11 è valida in Italia, ad eccezione delle prestazioni "Rientro sanitario", "Rientro funerario", "Interprete a disposizione all'estero" e "Anticipo spese di prima necessità" erogabili in tutto il Mondo, tranne nei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.



6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alla Sezione "Malattie", Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'*infortunio* o della *malattia* esclusivamente per la garanzia "Indennità sostitutiva del rimborso".

6.2 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per tutte le garanzie, ad eccezione delle garanzie di assistenza e dei servizi non assicurativi, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010:

- a) mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;
- b) mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. Due componenti del Collegio vengono designati dalle *Parti* mentre il terzo componente viene designato su accordo dei primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo più vicino alla residenza dell'assicurato.

Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

6.3 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *residenza* dell' *Assicurato*.

6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

6.5 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE

Relativamente alla sole garanzie dell'Area *Ricovero* della Sezione "Malattie" Reale Mutua applica uno sconto del 10% del premio netto annuo, qualora l' *Assicurato* sia maggiorenne e rientri nei seguenti parametri attestanti il buono stato di salute:

- a) Indice di Massa Corporea compreso tra 19 e 27
 - b) Pressione arteriosa minima compresa tra 60 e 85 mm/hg
 - c) Pressione arteriosa massima compresa tra 90 e 130 mm/hg
 - d) Colesterolo totale inferiore a 250 mg/dl
 - e) *Questionario sanitario* senza regolamentazioni mediche (nelle garanzie in cui viene richiesta la sua compilazione)
- I parametri di cui alle lettere b), c), d) si intendono validi nel caso in cui l'Assicurando non assuma abitualmente farmaci per il controllo della colesterolemia e della pressione arteriosa.

Gli accertamenti richiesti ai punti a), b), c), d) devono risultare da esami medici effettuati in data non antecedente i 3 mesi precedenti la decorrenza del contratto e possono generalmente essere svolti presso farmacie, senza la necessità di rivolgersi a *strutture sanitarie*.

L'Assicurando deve certificare che gli esami medici siano relativi alla sua persona e che siano stati effettuati entro il limite temporale indicato sopra (3 mesi precedenti la decorrenza del contratto).

Tale sconto verrà mantenuto per tutta la durata contrattuale e comunque non oltre il settantacinquesimo anno di età dell' *Assicurato*.

6.6 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE MALATTIE

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, che forma parte integrante della *polizza*. È necessario che l'*Assicurato* risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal *questionario sanitario*.

Prima della sottoscrizione del *questionario sanitario* l'*Assicurato* verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Per la sola garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE non è richiesta la compilazione del *questionario sanitario* da parte dell'*Assicurato*, ferme restando le esclusioni dell'art. 8.1 ESCLUSIONI.



7. CHE COSA È ASSICURATO

Reale Mutua presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate sul *modulo di polizza*.

AREA RICOVERO - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2. DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE, 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE sono alternative tra loro.

7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

7.1.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o intervento chirurgico reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.1.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- 1) *assistenza medica ed infermieristica*, cure (con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona), *trattamenti di fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;
- 2) rette di degenza;
- 3) intervento chirurgico; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per *sinistro*;
sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio* purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico;
- 4) cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi;

- 5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo;
- 6) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per sinistro.

B PARTO (non incluso per polizze di durata annuale)

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo. Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo per sinistro*:

- € 3.000 in caso di parto naturale;
- € 6.000 in caso di parto cesareo.

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.

Reale Mutua paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 300 per tutto il periodo suindicato.

Le spese successive al *ricovero* per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al *ricovero* o all'intervento chirurgico, con le modalità previste all'art. 7.1.2 OPERATIVITÀ:

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

D RICOVERO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

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

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, viene corrisposto l'*indennizzo* forfettario di € 1.500 come indicato alla lettera B del presente articolo.

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

G TERAPIE ONCOLOGICHE

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

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato, che comporta la non autosufficienza,

Reale Mutua paga, con il massimo di € 11.000 per *sinistro*, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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

I CURA PER A.I.D.S.

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

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

J MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:

a) per i minori di 18 anni di età al massimo una volta all'anno, una delle prestazioni elencate:

- visita oculistica;
- visita ortodontica;
- check-up sport base (descritto nell'Appendice 3);
- check-up sport agonistico (descritto nell'Appendice 3).

b) per età pari o maggiore di 18 anni, al massimo una volta ogni due anni, uno dei pacchetti di medicina preventiva di seguito riportati e descritti nell'Appendice 3:

- prevenzione cardiovascolare;
- prevenzione ginecologica;
- prevenzione tumore della prostata;
- prevenzione oncologica maschile;
- prevenzione tumore della mammella;
- check-up generico.

In alternativa ai pacchetti sopra riportati e previsti per età pari o maggiore di 18 anni Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica + Epiluminescenza;
- Visita pneumologica+Spirometria;
- visita oculistica + fundus oculi;
- Visita otorinolaringoiatrica+Esame audiometrico.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima. Esclusivamente nel caso in cui la *Centrale Operativa* lo ritenesse necessario l'*Assicurato* potrà svolgere una o più delle prestazioni sopracitate in strutture sanitarie non convenzionate e Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, con il massimo di € 200 per i pacchetti di cui al punto b) del presente articolo o 90€ per le prestazioni di cui al punto a) del presente articolo e per le visite specialistiche.

K CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE, di cui al presente art. 7.1, opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite, *sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.*

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà, anche sulla base delle dichiarazioni rese sul *questionario sanitario* di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

7.1.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente alla *struttura sanitaria* e/o al medico chirurgo convenzionati le prestazioni erogate all'*Assicurato*.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, con l'applicazione di uno scoperto del 30% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 e superiore a € 5.000 per *sinistro*. È inoltre previsto un limite di *indennizzo* al giorno per la *retta di degenza* di € 400 (IVA INCLUSA).

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

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui all'art. 7.1.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati si applica uno scoperto del 30%.

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 300.000 per persona e per anno assicurativo. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la somma assicurata si intende raddoppiata.

7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE

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

7.2.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o intervento chirurgico reso necessario da *grave patologia* indennizzabile a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.2.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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

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

- 4) cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi;
 - 5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo;
 - 6) trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per *sinistro*.
- In caso di *ricovero* dovuto a ictus cerebrale o a paralisi, che non comporti intervento chirurgico, Reale Mutua riconosce le prestazioni assicurate per un massimo di 60 giorni di *ricovero* per anno assicurativo.

B SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* resi necessari da *grave patologia*, con le modalità previste all'art. 7.2.2 OPERATIVITÀ:

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

C RICOVERO ALL'ESTERO

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

D TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

E INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* reso necessario da *grave patologia* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde € 150 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in day hospital/day surgery.

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

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

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

F TERAPIE ONCOLOGICHE

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

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

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

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

H CURA PER A.I.D.S.

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

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

I MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni:

a) per i minori di 18 anni di età, al massimo una volta all'anno, una delle prestazioni elencate:

- visita oculistica;
- visita ortodontica;
- check-up sport base (descritto nell'Appendice 3);
- check-up sport agonistico (descritto nell'Appendice 3).

b) per età pari o maggiore di 18 anni, al massimo una volta ogni due anni, uno dei pacchetti di medicina preventiva di seguito riportati e descritti nell'Appendice 3:

- prevenzione cardiovascolare;
- prevenzione ginecologica;
- prevenzione tumore della prostata;
- prevenzione oncologica maschile;
- prevenzione tumore della mammella;
- check-up generico.

In alternativa ai pacchetti sopra riportati e previsti per età pari o maggiore di 18 anni Reale Mutua paga le spese sostenute dall'Assicurato per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica + Epiluminescenza;
- Visita pneumologica+Spirometria;
- visita oculistica + fundus oculi;
- Visita otorinolaringoiatrica+Esame audiometrico.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima. Esclusivamente nel caso in cui la *Centrale Operativa* lo ritenesse necessario l'Assicurato potrà svolgere una o più delle prestazioni sopracitate in strutture sanitarie non convenzionate e Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, con il massimo di € 200 per i pacchetti di cui al punto b) del presente articolo o 90€ per le prestazioni di cui al punto a) del presente articolo e per le visite specialistiche.

J CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, di cui al presente art. 7.2, opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per *malformazioni, difetti fisici* o malattie congenite, *sempreché* la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.

La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

7.2.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente alla *struttura sanitaria* e/o al medico chirurgo convenzionati le prestazioni erogate all'Assicurato.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*. È inoltre previsto un limite di *indennizzo* al giorno per la retta di degenza di € 400 (IVA INCLUSA).

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

- 1) paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria* convenzionata;
- 2) rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata, con l'applicazione di uno *scoperto* del

30% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*.

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'intervento chirurgico, di cui all'art. 7.1.1 B, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie* convenzionate con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie e/o medici non convenzionati* si applica uno *scoperto* del 30%.

Limitatamente alle spese relative al cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ) verrà applicata una *franchigia* fissa di € 5.000 per *sinistro*.

Con riferimento esclusivo alla suddetta patologia, tale *franchigia* opera in sostituzione degli scoperti riportati nel presente articolo.

Restano tuttavia operanti eventuali ulteriori scoperti previsti dall'allegato del *modulo di polizza*.

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

B) MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 300.000 per persona e per anno assicurativo. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la somma assicurata si intende raddoppiata.



Esempio di rimborso per la garanzia "Rimborso spese mediche" - limitazione a Gravi Patologie:

- Spese effettuate durante il ricovero reso necessario da grave patologia pari a 5.000 €
- Somma assicurata pari a 300.000 €: il costo della prestazione, quindi, rientra nel massimale.
- Se il ricovero o l'intervento chirurgico è avvenuto presso una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance o presso una struttura convenzionata, ma senza preventiva autorizzazione con Blue Assistance operano i seguenti limiti all'indennizzo:
 - Scoperto 30% (minimo 100 €)
- L'importo scoperto che rimane a carico dell'Assicurato ammonta al 30% delle spese sostenute, ovvero € 5.000*30% = € 1.500.
- L'importo liquidato dunque è dato da € 5.000 - € 1.500 = € 3.500

AREA RICOVERO - OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

7.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE

7.3.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o intervento chirurgico reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.3.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- 1) *assistenza medica ed infermieristica*, cure (con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona), *trattamenti di fisioterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;
- 2) rette di degenza;
- 3) intervento chirurgico; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da

applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per sinistro;

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

4) cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi;

5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo;

6) trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per sinistro.

B PARTO (non incluso per polizze di durata annuale)

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo. Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per sinistro:

- € 5.000 in caso di parto naturale;
- € 10.000 in caso di parto cesareo.

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.

Reale Mutua paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 500 per tutto il periodo suindicato.

Le spese successive al *ricovero* per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al *ricovero* o all'intervento chirurgico, con le modalità previste all'art. 7.3.2 OPERATIVITÀ:

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

D RICOVERO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde € 300 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.

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

In caso di dialisi, anche in assenza di *ricovero*, Reale Mutua corrisponde € 300 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, viene corrisposto l'*indennizzo* forfettario di € 1.500 come indicato alla lettera B del presente articolo.

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

G TERAPIE ONCOLOGICHE

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

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

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

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

I CURA PER A.I.D.S.

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

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

J MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:

a) per i minori di 18 anni di età, al massimo una volta all'anno, una delle prestazioni elencate:

- visita oculistica;
- visita ortodontica;
- check-up sport base (descritto nell'Appendice 3);
- check-up sport agonistico (descritto nell'Appendice 3).

b) per età pari o maggiore di 18 anni, al massimo una volta ogni due anni, uno dei pacchetti di medicina preventiva di seguito riportati e descritti nell'Appendice 3:

- prevenzione cardiovascolare;
- prevenzione ginecologica;
- prevenzione tumore della prostata;
- prevenzione oncologica maschile;
- prevenzione tumore della mammella;
- check-up generico.

In alternativa ai pacchetti sopra riportati e previsti per età pari o maggiore di 18 anni Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica + Epiluminescenza;
- visita pneumologica+Spirometria;
- visita oculistica + fundus oculi;
- visita otorinolaringoiatrica+Esame audiometrico.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima. Esclusivamente nel caso in cui la *Centrale Operativa* lo ritenesse necessario l'*Assicurato* potrà svolgere una o più delle prestazioni sopracitate in strutture sanitarie non convenzionate e Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, con il massimo di € 200 per i pacchetti di cui al punto b) del presente articolo o 90€ per le prestazioni di cui al punto a) del presente articolo e per le visite specialistiche.

K CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE, di cui al presente art. 7.3, opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite, *sempreché* la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una

nuova copertura malattie a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà, anche sulla base delle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

7.3.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'Assicurato. In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato.

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance*, Reale Mutua.

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria* convenzionata;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata.

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 7.3.1 C, sono rimborsate integralmente. Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 500.000 per persona e per anno assicurativo. In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la somma assicurata si intende raddoppiata.



Esempio funzionamento massimale per persona e per anno assicurativo scegliendo l'opzione Deluxe:

In caso di sinistro per 600.000€ e di mancata fruizione del network questo verrà rimborsato fino a 500.000€, rimangono a carico del cliente 100.000€.

Nel caso in cui l'Assicurato nel corso del medesimo anno assicurativo denunci due sinistri di cui il primo di 200.000€ extranetwork, nel momento in cui si verifica il secondo sinistro, per esempio di 400.000€, l'esito varierà a seconda dell'utilizzo del network o dell'extranetwork nei seguenti modi:

- A) utilizzo del network in questo caso il secondo sinistro sarà integralmente rimborsato da Reale Mutua, in quanto sopraggiunge un ulteriore massimale di pari importo (500.000€) per l'utilizzo del network
- B) nel caso invece di fruizione della prestazione extranetwork Reale Mutua paga 300.000€, rimangono pertanto a carico del cliente 100.000€.

AREA RICOVERO - FRANCHIGIA

7.4 OPERATIVITÀ DELLA FRANCHIGIA E RIDUZIONE DEGLI INDENNIZZI FORFETTARI

(Operante solo se richiamata sul *modulo di polizza* per la garanzia di riferimento e nella misura indicata)

Relativamente alle garanzie dell'Area *Ricovero* - Comfort (Rimborso spese mediche), e dell'Area *Ricovero* - Deluxe (Rimborso spese mediche):

- in caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, resta a carico dell'Assicurato l'importo di *franchigia* indicato sul *modulo di polizza* alla voce *Franchigia "network"*;
- in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* convenzionate e medici chirurghi non convenzionati con *Blue Assistance*, resta a carico dell'Assicurato l'importo di *franchigia* indicato sul modulo di polizza alla voce *Franchigia "network"*;
- in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, resta a carico dell'Assicurato l'importo di *franchigia* indicato sul *modulo di polizza* alla voce *Franchigia "fuori network"*.

I seguenti indennizzi vengono così ridotti:

- *Indennizzo* forfettario per parto a totale carico del S.S.N. o a domicilio; l'importo riconosciuto è ridotto ad € 750;
- indennità sostitutiva del rimborso; la diaria riconosciuta è ridotta del 50%.

Ove previsti scoperti nelle presenti Condizioni di Assicurazione la *franchigia* opera in sostituzione di questi.

La *franchigia* non sostituisce eventuali scoperti derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al *modulo di polizza*.

AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 7.5 ALTA DIAGNOSTICA, 7.6 DIAGNOSTICA COMPLETA, 7.7 VISITE SPECIALISTICHE E *Accertamenti diagnostici* sono alternative fra di loro.

7.5 ALTA DIAGNOSTICA

7.5.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di intervento chirurgico, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.6.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

- 1) Angiografia;
- 2) RMN (risonanza magnetica nucleare);
- 3) Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
- 4) TAC (Tomografia assiale computerizzata).

7.5.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, con una *franchigia* di € 50;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o senza preventivo accordo, con uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50.

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 3.000 per persona e per anno assicurativo.



Esempio di rimborso per la garanzia "Alta Diagnostica" nel caso in cui sia stata scelta l'Opzione Comfort e si faccia uso di struttura non convenzionata o senza preventiva autorizzazione:

- Spesa per una TAC all'addome superiore pari a 250 €
- La somma assicurata è pari a 3.000 €: il costo della prestazione, quindi, rientra nel massimale
- La prestazione è stata svolta presso una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance o presso una struttura convenzionata, ma senza preventiva autorizzazione con Blue Assistance, pertanto operano i seguenti limiti all'indennizzo:
 - Scoperto 30% (minimo 50 €)
- L'importo scoperto che rimane a carico dell'Assicurato ammonta al 30% delle spese sostenute, ovvero € 250*30% = € 75. L'importo liquidato dunque è dato da € 250 - € 75 = € 175

7.6 DIAGNOSTICA COMPLETA

7.6.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di intervento chirurgico, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.6.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

7.6.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici* previsti da un'unica prescrizione medica, la garanzia opera:

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, con una *franchigia* di € 35;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o senza preventivo accordo, con uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35.

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 4.000 per persona e per anno assicurativo.

7.7 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

7.7.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.7.2 OPERATIVITÀ, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

- 1) *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- 2) *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico o specialista curante;
- 3) onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da *malattia* o *infortunio*.



Reale Mutua paga i trattamenti di fisiokinesiterapici con le modalità previste all'art. 7.7.2 OPERATIVITÀ unicamente se questi sono resi necessari da *infortunio*.

Pertanto, Reale Mutua non paga i trattamenti determinati da *malattia*.

Per agevolare la distinzione delle due casistiche a seguire due esempi:

- nel caso in cui l'*Assicurato* a seguito di una caduta accidentale e fortuita subisca una lesione muscolare si tratterebbe di *infortunio* e pertanto può accedere ai trattamenti di fisiokinesiterapia.
- nel caso in cui la lesione muscolare derivi da deterioramento dei legamenti causata da attività usurante (come sollevamento pesi) o patologia cronica (es. miosite) non si tratterebbe di *infortunio* e di conseguenza la garanzia non è operante.

7.7.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, la garanzia opera:

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, con una *franchigia* di € 35;

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o senza preventivo accordo, con uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35.

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

Sono escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 7.8 ALTA DIAGNOSTICA, 7.9 DIAGNOSTICA COMPLETA e 7.10 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI sono alternative fra di loro.

7.8 ALTA DIAGNOSTICA

7.8.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di intervento chirurgico, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.8.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

- 1) Angiografia;
- 2) RMN (risonanza magnetica nucleare);
- 3) Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
- 4) TAC (Tomografia assiale computerizzata).

7.8.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, con una *franchigia* di € 50;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o senza preventivo accordo, con uno scoperto del 10% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50.

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 6.000 per persona e per anno assicurativo.



Esempio di rimborso per la garanzia "Alta Diagnostica" nel caso in cui sia stata scelta l'Opzione Deluxe e si faccia uso di struttura convenzionata previo accordo:

- Importo delle spese fatturate è € 600
- La somma assicurata è pari a 6.000 €: il costo della prestazione, quindi, rientra nel massimale
- La prestazione è stata svolta presso una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, pertanto operano i seguenti limiti all'indennizzo: ->Franchigia 50 €
- L'Importo che rimane a carico di Reale Mutua è € 600 - € 50 = € 550

7.9 DIAGNOSTICA COMPLETA

7.9.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di intervento chirurgico, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.9.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

7.9.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici* previsti da un'unica prescrizione medica, la garanzia opera:

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, con una *franchigia* di € 35;
- in caso di utilizzo di una struttura sanitarie non convenzionata con *Blue Assistance* o senza preventivo accordo, con uno *scoperto* del 10% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 35.

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 8.000 per persona e per anno assicurativo.

7.10 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

7.10.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.10.2 OPERATIVITÀ, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

- 1) *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- 2) *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico o specialista curante;
- 3) onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da *malattia* o *infortunio*; sono da intendersi incluse le visite specialistiche ginecologiche e pediatriche, quest'ultime fino ad un massimo di 3 per anno assicurativo e per persona.

7.10.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, la garanzia opera:

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance*, con una *franchigia* di € 35;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o senza preventivo accordo, con uno *scoperto* del 10% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 35.

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

Sono escluse le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici, e le visite pediatriche dalla 4° in poi per anno assicurativo..

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 10.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA NON ASSICURATIVA

7.11 ACCESSO AL NETWORK

A OGGETTO

Reale Mutua offre all'Assicurato e ai membri del suo *nucleo familiare* anche se non Assicurati la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbiano necessità tramite la *piattaforma online dedicata*:

- prestazioni mediche rese dal network di centri convenzionati;
- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati.

Inoltre Reale Mutua offre all'Assicurato e ai membri del suo nucleo familiare anche se non assicurati la possibilità di usufruire di tariffe agevolate:

- presso il network di palestre, centri benessere e centri bellezza, facenti parte del circuito "Hello Fitness" di Akuero S.r.l.;
- presso il network di ottici facenti parte del circuito Salmoiraghi e Viganò

B DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate:

- per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di *Blue Assistance*;
- per le prestazioni fitness e di ottica rese da fornitori terzi.

Resta inteso che:

- a) le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- b) i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;
- c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi a cui l'Assicurato si è rivolto.

7.12 VIDEOCONSULTI SPECIALISTICI

Reale Mutua offre all'Assicurato e ai membri del suo *nucleo familiare* anche se non Assicurati la fruizione di 3 video consulti specialistici a sua scelta tra quelli disponibili sulla piattaforma on-line dedicata.

7.13 PRESTAZIONI MEDICHE A DOMICILIO A TARIFFE AGEVOLATE

Reale Mutua offre all'Assicurato e ai membri del suo *nucleo familiare* anche se non Assicurati la possibilità di richiedere attraverso la piattaforma on-line dedicata l'intervento di un medico o di un pediatra a domicilio, a tariffe agevolate.



8. CHE COSA NON È ASSICURATO

Le presenti esclusioni non operano per l'Area non assicurativa.

8.1 ESCLUSIONI

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste.

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

Il limite di età alla stipula dell'assicurazione è di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata una delle condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Reale Mutua non presta le garanzie previste dalla presente Sezione per:

- a) *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- b) *infortuni* derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285;
- c) *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- d) qualora scelta la garanzia di cui all'art. 7.1 "Rimborso spese mediche" Opzione Comfort o 7.3 "Rimborso spese mediche" Opzione Deluxe, le conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione;
 - *malattie* e stati patologici noti e/o diagnosticati all'*Assicurato* e non dichiarati con dolo o colpa grave sul *questionario sanitario* all'atto della stipula del contratto;
 - *malattie* e stati patologici dichiarati sul *questionario sanitario* ed espressamente esclusi da Reale Mutua con specifica clausola;
- qualora scelta la garanzia di cui all'art. 7.2 "Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie", le conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione;
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione;
- e) malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato agli artt. 7.1.1.K, 7.2.1.J, 7.3.1.K;
- f) patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche, dimagranti e fitoterapiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico);
- h) check-up di medicina preventiva/screening per familiarità salvo quanto previsto agli artt. 7.1.1 J, 7.2.1 I, 7.3.1 J;
- i) interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- j) paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche salvo quanto previsto agli artt. 7.1.1 A 4, 7.2.1 A 4, 7.3.1 A 4;
- k) aborto volontario non terapeutico;
- l) infertilità, sterilità, impotenza;
- m) sieropositività da virus H.I.V.;

n) conseguenze di:

- atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- guerre, insurrezioni in genere;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;

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

p) terapie mediche per le garanzie dell'Area *Extraricovero* di cui agli artt. 7.5;7.6;7.7;7.8;7.9;7.10.

8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE e le esclusioni dell'art. 8.1 ESCLUSIONI, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
- b) del 30° giorno (1 mese) successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici non rientranti al punto successivo;
- c) del 180° giorno (6 mesi) successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici dichiarati sul *questionario sanitario*, se non diversamente regolamentati da Reale Mutua con specifica clausola;
- d) del 300° giorno (10 mesi) successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) e le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

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

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



Esempio di funzionamento della Carenza

Per "carenza" si intende un periodo iniziale in cui l'assicurazione non è operante.

Se il Contraente ha stipulato una polizza con decorrenza 04/11/2023, il suo periodo di carenza, per le conseguenze di malattie e stati patologici è di 30 giorni, ciò significa che fino al 04/12/2023 l'Assicurato/Contraente non potrà richiedere il rimborso di prestazioni mediche rese necessarie a seguito di malattia.

Se il 15/01/2024 il Contraente/Assicurato chiede il rimborso di una visita specialistica effettuata il 29/11/2023 in seguito a malattia o stato patologico, il rimborso non sarà effettuato perché la visita specialistica è avvenuta prima della fine del periodo di carenza, quando la garanzia non era attiva, vale a dire prima del 04/12.

Questo vale a prescindere dalla data in cui viene effettuata la denuncia del sinistro, in quanto fa fede la data in cui viene effettuata la prestazione medica.

9. TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI

9.1 RIEPILOGO DI FRANCHIGIE, SCOPERTI, LIMITI DI INDENNIZZO

RIMBORSO SPESE MEDICHE	Opzione COMFORT art. 7.1	Opzione COMFORT art. 7.2 (limitazione a Gravi Patologie)	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 300.000 (in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la somma assicurata si intende raddoppiata)	Euro 300.000 (in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la somma assicurata si intende raddoppiata)	Euro 500.000 (in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la somma assicurata si intende raddoppiata)
Parto naturale	Euro 3.000	escluso	Euro 5.000
Parto cesareo	Euro 6.000	escluso	Euro 10.000
Forfait per parto in SSN	Euro 1.500	escluso	Euro 1.500
Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance	Nessuno scoperto	Nessuno scoperto	Nessuno scoperto
Strutture/medici non convenzionati o senza preventivo accordo	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di € 100 e un massimo di € 5.000	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di € 100 e un massimo di € 5.000	Nessuno scoperto
Indennità sostitutiva per accesso in SSN	Euro 150	Euro 150	Euro 300

ALTA DIAGNOSTICA	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 3.000	Euro 6.000
Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance	Franchigia Euro 50	Franchigia Euro 50
Strutture/medici non convenzionati o senza preventivo accordo	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di euro 50	Scoperto 10% con un minimo non indennizzabile di euro 50
DIAGNOSTICA COMPLETA	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 4.000	Euro 8.000
Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance	Franchigia Euro 35	Franchigia Euro 35
Strutture/medici non convenzionati o senza preventivo accordo	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di euro 35	Scoperto 10% con un minimo non indennizzabile di euro 35
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 5.000	Euro 10.000
Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance	Franchigia Euro 35	Franchigia Euro 35
Strutture/medici non convenzionati o senza preventivo accordo	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di euro 35	Scoperto 10% con un minimo non indennizzabile di euro 35



10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Blue Assistance

- ha sede a Torino – Via San Dalmazzo 20/A
- risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

10.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

Reale Mutua, nei limiti del *massimale* annuo, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e comunque non oltre un anno dalla scadenza della *polizza*.

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico da Reale Mutua

10.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

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

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

10.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve:

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

In caso di *ricovero* in territorio extra europeo con pagamento diretto da parte di *Blue Assistance*, l'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.

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

L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua

10.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - AREA RICOVERO

Le spese per prestazioni sanitarie in alcuni casi vengono pagate direttamente da *Blue Assistance*, mentre in altri casi devono essere anticipate dall'*Assicurato* e vengono successivamente rimborsate. Le casistiche sono indicate nei paragrafi seguenti.

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

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

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

a. Accedere all'APP Reale Mutua Mobile almeno tre giorni lavorativi prima della data del *ricovero*, scegliere la *polizza* per la quale si vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua *polizza*.

oppure

b. contattare telefonicamente *Blue Assistance* almeno tre giorni lavorativi prima della data del *ricovero* e ottenere l'autorizzazione al pagamento diretto.

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

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati è consultabile sul sito www.realemutua.it o dall'APP Reale Mutua Mobile. Poiché la rete delle strutture sanitarie è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 092092 e ne ottenga conferma.

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli Assicurati dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.

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

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;
- relativamente alla garanzia di cui all'art. 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente all'*Assicurato*;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance* presentando la propria *Memo Card Blue Assistance* o, in alternativa, il voucher reperibile sulla *piattaforma online dedicata*.
- nel caso in cui il *Contraente* non paghi le rate di premio successive alla prima entro la scadenza prevista dalla *polizza*, ma la prestazione richiesta debba essere eseguita all'interno del periodo di mora (30 giorni), *Blue Assistance*, non potrà prendere in carico il *sinistro* in forma diretta.

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

L'*Assicurato* che utilizzi:

a) strutture sanitarie e medici non convenzionati, oppure

b) *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance* provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- 1) dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.realemutua.it> per utilizzare la richiesta di rimborso tramite

upload, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione di spesa deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni);

2) fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di intervento chirurgico senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;

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

C UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

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

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

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'intervento chirurgico, di cui agli artt. 7.1.1.C, 7.2.1.B, 7.3.1.C, non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'opzione scelta, indipendentemente dal convenzionamento della *struttura sanitaria* e dei medici chirurghi.

E UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato agli artt. 7.1.1 F, 7.2.1 E, 7.3.1. F).

F UTILIZZO DI FONDI O MUTUE PRIVATE

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

G RICOVERO ALL'ESTERO

1. Ricovero o intervento chirurgico programmato

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

- nel caso di strutture sanitarie convenzionate con *Blue Assistance* il pagamento diretto avverrà integralmente, senza applicazione di scoperti e franchigie, salvo eventuali franchigie e scoperti derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al modulo di *polizza*;
- nel caso di strutture sanitarie di strutture sanitarie non convenzionate in cui *Blue Assistance* raggiunga con la struttura un accordo di convenzionamento ad hoc per uno specifico *sinistro* di *Blue Assistance*, il pagamento diretto avverrà con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*, se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Comfort, senza applicazione di scoperti se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Deluxe, salvo eventuali franchigie e scoperti derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al *modulo di polizza*.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;

- relativamente alla garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente all'*Assicurato*;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da *Blue Assistance* presentando la propria *Memo Card Blue Assistance* o, in alternativa, il voucher reperibile sulla *piattaforma online dedicata*.
- nel caso in cui il *Contraente* non paghi le rate di premio successive entro la scadenza della *polizza*, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), *Blue Assistance*, in tale periodo non potrà prendere in carico il *sinistro* in forma diretta. Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli Assicurati dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità. Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici. L'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.

In mancanza del preventivo accordo con *Blue Assistance* o in caso di mancata autorizzazione del pagamento diretto, il rimborso avverrà con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro* se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Comfort, senza applicazione di scoperti se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Deluxe, salvo eventuali franchigie e scoperti derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla *modulo di polizza*.

In tal caso l'*Assicurato* deve provvedere direttamente al pagamento delle spese;

- dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.realemutua.it> per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni);
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di intervento chirurgico senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;

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

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

2. Ricovero per malattia improvvisa o infortunio

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

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

L'*Assicurato* deve provvedere direttamente al pagamento delle spese e:

- dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.realemutua.it> per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati

documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni);

- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di intervento chirurgico senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;

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

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

3. Anticipo spese mediche

La possibilità di usufruire della presa in carico diretta del *sinistro* come riportato ai precedenti punti 1 e 2, è condizionata alla preventiva telefonata e all'autorizzazione al pagamento diretto da parte di *Blue Assistance*.

Nei casi in cui non sia possibile procedere con il pagamento diretto della prestazione, l'*Assicurato* ha diritto ad ottenere un'anticipazione dell'*indennizzo* a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente a Reale Mutua per accertare l'indennizzabilità del *sinistro* stesso.

Reale Mutua anticiperà all'*Assicurato* la somma:

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 10.000;
- entro il limite del 60% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di *polizza* delle spese di *ricovero*.

Qualora a cure ultimate dovesse risultare che l'*indennizzo* non era dovuto o era dovuto in misura inferiore a quanto anticipato, Reale Mutua ha diritto alla restituzione, entro 15 giorni dalla richiesta formale, degli importi anticipati.

10.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - AREA EXTRARICOVERO

Le spese per prestazioni sanitarie in alcuni casi vengono pagate direttamente da *Blue Assistance*, mentre in altri casi devono essere anticipate dall'*Assicurato* e vengono successivamente rimborsate. Le casistiche sono indicate nei paragrafi seguenti.

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

In caso di ricorso ad una *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, per usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute, l'*Assicurato* deve:

a. Accedere all'APP Reale Mutua Mobile almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione sanitaria, scegliere la *polizza* per la quale si vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua *polizza*;

oppure

b. contattare telefonicamente *Blue Assistance* almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione sanitaria e ottenere l'autorizzazione al pagamento diretto;

oppure

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

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati è consultabile sul sito www.realemutua.it o dall'APP Reale Mutua Mobile. Poiché la rete delle strutture sanitarie è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 092 092 e ne ottenga conferma.

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli Assicurati dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità; Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati direttamente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate con *Blue Assistance* presentando la propria *Memo Card Blue Assistance* o, in alternativa, il voucher reperibile sulla *piattaforma online dedicata*.
- nel caso in cui il *Contraente* non paghi le rate di premio successive entro la scadenza della *polizza*, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), *Blue Assistance*, in tale periodo non potrà prendere in carico il *sinistro* in forma diretta.

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

L'*Assicurato* che utilizzi:

a) strutture sanitarie non convenzionate, oppure

b) strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con *Blue Assistance*;

provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.realemutua.it> per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione di spesa deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).
- fornire la prescrizione del medico curante attestante la *malattia* o l'*infortunio*, la diagnosi accertata in caso di *visita specialistica* o gli esiti degli *accertamenti diagnostici*;

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

SEZIONE ASSISTENZA



11. CHE COSA POSSO ASSICURARE

Reale Mutua presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate sul *modulo di polizza*.
Le esclusioni sono indicate all'art. 12 CHE COSA NON È *Assicurato*.

11.1 CON TE IN SALUTE

All'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o *infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate, fino a tre volte per ciascun *sinistro* ed annualità assicurativa.

A. INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

I servizi informativi, le consulenze e il tutoring telefonico hanno l'utilità di orientare l'*Assicurato* verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche. Un esempio sono le informazioni sulle strutture sanitarie specializzate per una singola patologia.

1 CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio* o *malattia*, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. **Non** saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

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

2 PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o *accertamenti diagnostici*, dietro prescrizione medica, la *Centrale Operativa* provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'*Assicurato* il costo delle visite mediche e/o degli esami.

3 TUTORING ECCELLENZE SANITARIE

L'*Assicurato* può accedere al servizio di Tutoring contattando la *Centrale Operativa* dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Il Tutor di *Blue Assistance*, in riferimento alla patologia o all'*infortunio* coperti dalla *polizza*, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.

Il Tutor di *Blue Assistance* dell'Equipe Medica della *Centrale Operativa*, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'*Assicurato*. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'*Assicurato* o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle strutture sanitarie più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.

Restano a carico dell'*Assicurato* i costi di accesso alle strutture sanitarie di eccellenza.

B. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'Assicurato impossibilitato a muoversi, ad esempio per acquistare farmaci o per recarsi in una *struttura sanitaria* per ricevere la somministrazione di una terapia giornaliera.

1 INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio o malattia* per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, *assistenza infermieristica* presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

2 CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio o malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

C. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio, il trasferimento dell'Assicurato in una *struttura sanitaria* specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una *struttura sanitaria*, o da questa alla sua *residenza*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

3 TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata, anche al di fuori della regione di *residenza*, per essere ricoverato a seguito di *infortunio o malattia*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario, provvede a:

- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la *struttura sanitaria*;
- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;

– autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

4 RIENTRO SANITARIO

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

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

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

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

La prestazione è operante con costi a carico di Reale Mutua, fino ad un importo massimo di € 25.000, purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'*Assicurato*, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindrome organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

5 RIENTRO FUNERARIO

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

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per *sinistro*. Restano a carico dei familiari dell'*Assicurato* le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

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

6 INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Qualora l'*Assicurato* venga arrestato o ricoverato all'estero in una *struttura sanitaria*, o sia stato vittima di *furto*, *scippo* o *rapina*, e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'*Assicurato* stesso ed i medici curanti sul posto o le Pubbliche Autorità, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo ed inviarlo sul posto.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500,00 per *sinistro*.

7 ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Qualora l'*Assicurato*, nel corso di un *viaggio*, debba sostenere spese impreviste a seguito di *malattia* o di *infortunio* o anche a seguito di *furto*, *rapina*, *scippo* o mancata consegna del *bagaglio*, la *Centrale Operativa* provvede a pagare per suo conto, a titolo di prestito senza interessi, le spese giustificate da idonea documentazione fino alla concorrenza di € 2.600,00 per *sinistro*. Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'*Assicurato* deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla *Centrale Operativa*, per la restituzione dell'anticipo.

Al rientro alla propria residenza l'*Assicurato* è tenuto a rimborsare alla *Centrale Operativa* la somma anticipata al massimo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione.

D. PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

La Second Opinion è il ricorso al parere di un altro medico e/o di un'altra istituzione (clinica, ospedale, università) al fine di confrontare, confermare o correggere una prima diagnosi o un'indicazione terapeutica. Il ricorso a tale prestazione può essere significativo nel caso di sospette patologie gravi e invalidanti, ad esempio se la diagnosi è incerta o riguarda una *malattia* rara, la qualità e la quantità degli *accertamenti diagnostici* già svolti sono ritenute insufficienti, viene prospettato un intervento chirurgico particolarmente delicato.

1 SECOND OPINION

La Second Opinion è rivolta all'*Assicurato* affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico diagnostica.

L'*Assicurato* potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniranno indicazione all'*Assicurato* su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di visite specialistiche, immagini radiografiche o quant'altro necessario).

Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della *Centrale Operativa*, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.

Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'*Assicurato* disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della *Centrale Operativa* provvederanno a:

- individuare, grazie alla partnership di *Blue Assistance* con poli scientifico-sanitari di eccellenza, la struttura (ed al suo interno l'équipe medica e gli specialisti) più qualificata e più appropriata per l'esame del caso;
- elaborare eventuali quesiti di approfondimento;
- trasmettere, tramite la *Centrale Operativa*, la documentazione alla struttura prescelta.

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata all'*Assicurato*, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

11.2 CON TE A CASA

All'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o *infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate, fino a tre volte per annualità assicurativa.

A. INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

I servizi informativi, le consulenze e il tutoring telefonico hanno l'utilità di orientare l'*Assicurato* verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche. Un esempio è il monitoraggio a lungo termine a seguito di dimissioni post-ricovero.

1 TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

L'*Assicurato*, o un familiare in sua vece, può attivare, tramite la *Centrale Operativa*, un servizio di monitoraggio e supporto telefonico, successivamente alle dimissioni da una *struttura sanitaria* in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, con prognosi di *inabilità temporanea* superiore a 5 giorni.

Il servizio è operante tramite contatti telefonici, programmati in base alla situazione clinica, verso l'*Assicurato* e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della *Centrale Operativa* e/o dello staff medico interno di *Blue Assistance*.

Il servizio è attivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.

2 CONSULENZA PER RIADATTAMENTO ABITAZIONE

Qualora a seguito di *malattia* o *infortunio*, che abbiano provocato un'invalidità permanente, l'*Assicurato* necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Resta a carico dell'*Assicurato* il costo della consulenza.

B. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'*Assicurato* impossibilitato a muoversi in autonomia, ad esempio l'accompagnamento di una persona sola e sprovvista di mezzo proprio ad un esame diagnostico.

1 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

Qualora l'*Assicurato*, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici in una *struttura sanitaria*, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *residenza* alla *struttura sanitaria* interessata, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*.

2 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui abbia subito un intervento chirurgico a seguito di *infortunio* richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 700 per *sinistro*.

3 CONSEGNA SPESA

Qualora l'*Assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica – la *Centrale Operativa* provvede a garantire, per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, la consegna di generi alimentari o di prima necessità. L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'*Assicurato*.

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

A carico dell'*Assicurato* resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

4 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora nei 60 giorni precedenti il parto, l'*Assicurata* necessiti di una permanenza a letto, come certificato da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Reale Mutua fino a un massimo di 12 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'*Assicurata* in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'*Assicurato* deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

5 SUPPORTO PSICOLOGICO

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento traumatico o alla diagnosi di una patologia, che comportino per l'*Assicurato/a* una situazione di disagio e di stress psicofisico.

Qualora l'*Assicurato* necessiti di un supporto psicologico prescritto dal medico di base o da altro medico specialista:

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da *infortunio* o incidente stradale, risultanti dal referto del pronto soccorso pubblico; oppure
 - a seguito di *malattia* che abbia reso necessario un *ricovero* presso una *struttura sanitaria*; la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal *sinistro*, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.
- La prestazione opera, previo invio della prescrizione medica con il referto del pronto soccorso, o con la *cartella clinica* attestante il *ricovero*, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

C. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'*Assicurato* o un suo familiare, se *Assicurato*. Ad esempio, l'invio di un operatore sociosanitario che supporti l'*Assicurato* nello svolgimento delle attività primarie, come l'alimentazione e la comunicazione, alleviando il disagio dell'intero *nucleo familiare*.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* di durata non inferiore a 5 giorni, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 20 uscite presso la *residenza*;
- un operatore sociosanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 120 ore presso la *residenza*, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti l'*Assicurato* e la sua famiglia nella comunicazione;
- una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, per un massimo di 6 settimane presso la *residenza*, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'Assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'assicurazione, se attivata a seguito di *malattia*.

Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della *cartella clinica* o documentazione medica equipollente.

2 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

Qualora l'*Assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, per *infortunio* o *malattia* certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami culturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la *residenza* dell'*Assicurato*, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'*Assicurato* stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'*Assicurato*, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'*Assicurato* il costo degli esami.

3 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- a) stampelle;
- b) sedia a rotelle;
- c) letto ortopedico;
- d) materasso antidecubito

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per *sinistro*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

4 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza* per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua *residenza* di una radiografia e/o di una ecografia, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

12. CHE COSA NON È ASSICURATO



12.1 ESCLUSIONI

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

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

Il limite di età alla stipula dell'assicurazione è di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Reale Mutua non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

- a) stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- d) atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
- e) malattie in atto e/o infortuni occorsi prima dell'effetto della *polizza*;
- f) uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- g) ubriachezza accertata;
- h) infortuni derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- i) infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

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



13. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt. 11.1 CON TE IN SALUTE, 11.2 CON TE A CASA, l'Assicurato deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

+39 011 742 55 55

- posta elettronica, all'indirizzo assistenza@blueassistance.it

L'Assicurato dovrà comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di *polizza*;
- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Reale Mutua non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

13.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

- fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla *Centrale Operativa*;
- sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

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

13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

13.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 11.1 CON TE IN SALUTE, 11.2 CON TE A CASA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.

APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

OPZIONE COMFORT					
Età	Rimborso spese mediche		Alta Diagnostica	Diagnostica Completa	Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
	Durata annuale	Durata poliennale			
0	-	-	-	-	-
1	16,70%	16,70%	3,76%	3,75%	2,32%
2	15,17%	15,17%	4,21%	4,23%	3,79%
3	13,17%	13,17%	4,04%	4,04%	3,64%
4	11,64%	11,64%	3,88%	3,88%	3,53%
5	9,84%	9,84%	3,74%	3,75%	4,08%
6	10,03%	10,03%	4,13%	4,13%	3,27%
7	8,14%	8,14%	3,97%	3,96%	3,80%
8	7,98%	7,98%	4,27%	4,28%	3,66%
9	7,39%	7,39%	3,66%	3,64%	3,53%
10	6,88%	6,88%	4,41%	4,41%	3,41%
11	6,07%	6,07%	3,81%	3,80%	3,30%
12	6,07%	6,07%	4,06%	4,07%	3,72%
13	5,36%	5,36%	3,91%	3,90%	3,08%
14	5,46%	5,46%	4,12%	4,14%	3,98%
15	5,44%	5,44%	3,98%	3,97%	3,35%
16	5,46%	5,46%	3,81%	3,82%	3,24%
17	5,44%	5,44%	4,03%	4,01%	3,14%
18	5,43%	5,43%	4,17%	4,17%	3,48%
19	3,93%	4,89%	4,02%	4,02%	2,94%
20	3,53%	4,91%	3,86%	3,86%	3,26%
21	3,41%	4,90%	3,99%	3,99%	3,16%
22	3,53%	5,09%	4,12%	4,13%	3,06%
23	3,19%	5,06%	3,96%	3,96%	3,35%
24	3,31%	5,00%	3,56%	3,55%	2,87%
25	3,18%	4,94%	3,43%	3,43%	3,15%
26	3,31%	4,00%	3,55%	3,55%	3,05%
27	3,18%	4,03%	3,43%	3,43%	2,96%
28	3,26%	4,04%	3,54%	3,54%	2,87%
29	3,17%	4,03%	3,41%	3,41%	3,11%
30	3,24%	2,53%	3,52%	3,51%	2,71%
31	2,96%	2,47%	3,58%	3,60%	2,93%
32	2,89%	2,55%	3,47%	3,47%	2,85%
33	2,80%	3,04%	3,54%	3,54%	2,77%
34	2,74%	2,96%	3,41%	3,41%	2,70%
35	2,65%	1,95%	3,48%	3,48%	2,88%
36	2,44%	2,05%	3,53%	3,53%	2,81%
37	2,53%	2,00%	3,57%	3,57%	2,48%
38	2,46%	1,97%	3,45%	3,45%	2,66%

OPZIONE COMFORT

Età	Rimborso spese mediche		Alta Diagnostica	Diagnostica Completa	Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
	Durata annuale	Durata poliennale			
39	2,27%	1,45%	3,49%	3,48%	2,60%
40	1,96%	1,07%	3,51%	3,51%	2,53%
41	2,05%	1,05%	3,54%	3,54%	2,69%
42	2,01%	1,05%	3,42%	3,42%	2,40%
43	1,96%	1,50%	3,57%	3,56%	2,56%
44	2,06%	1,47%	2,43%	2,42%	2,28%
45	2,47%	1,45%	2,61%	2,61%	2,44%
46	2,54%	1,32%	2,43%	2,43%	2,38%
47	2,48%	2,50%	2,49%	2,49%	2,52%
48	3,51%	2,54%	2,54%	2,54%	2,27%
49	4,24%	3,00%	2,48%	2,48%	2,22%
50	4,38%	3,02%	2,53%	2,53%	2,35%
51	3,01%	3,01%	2,47%	2,47%	2,30%
52	3,03%	3,03%	2,51%	2,52%	2,07%
53	4,95%	4,95%	2,46%	2,45%	2,20%
54	4,99%	4,99%	2,49%	2,49%	2,15%
55	5,00%	5,00%	2,53%	2,53%	2,11%
56	5,00%	5,00%	2,57%	2,56%	2,06%
57	4,99%	4,99%	2,50%	2,50%	2,02%
58	4,03%	4,03%	2,44%	2,44%	1,98%
59	4,01%	4,01%	2,55%	2,55%	2,09%
60	3,99%	3,99%	2,49%	2,49%	1,90%
61	4,04%	4,04%	2,51%	2,51%	3,88%
62	4,00%	4,00%	2,45%	2,45%	3,87%
63	4,49%	4,49%	2,47%	2,47%	3,73%
64	4,53%	4,53%	2,57%	2,57%	3,72%
65	4,49%	4,49%	2,43%	2,43%	3,71%
66	4,51%	4,51%	2,52%	2,52%	3,58%
67	4,51%	4,51%	2,53%	2,53%	3,46%
68	4,51%	4,51%	2,47%	2,47%	3,45%
69	4,49%	4,49%	2,55%	2,55%	3,34%
70	4,52%	4,52%	2,48%	2,48%	3,44%
71	4,49%	4,49%	2,49%	2,49%	3,22%
72	4,49%	4,49%	2,49%	2,49%	3,22%
73	4,49%	4,49%	2,49%	2,49%	3,12%
74	4,51%	4,51%	2,50%	2,50%	3,12%
75	4,50%	4,50%	2,49%	2,49%	3,02%

OPZIONE DELUXE					
Età	Rimborso spese mediche		Alta Diagnostica	Diagnostica Completa	Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
	Durata annuale	Durata poliennale			
0	-	-	-	-	-
1	16,70%	16,70%	3,76%	3,75%	1,52%
2	15,17%	15,17%	4,21%	4,23%	2,93%
3	13,17%	13,17%	4,04%	4,04%	2,85%
4	11,64%	11,64%	3,88%	3,88%	2,69%
5	9,84%	9,84%	3,74%	3,75%	3,23%
6	10,03%	10,03%	4,13%	4,13%	2,45%
7	8,14%	8,14%	3,97%	3,96%	2,97%
8	7,98%	7,98%	4,27%	4,28%	2,81%
9	7,39%	7,39%	3,66%	3,64%	2,61%
10	6,88%	6,88%	4,41%	4,41%	2,47%
11	6,07%	6,07%	3,81%	3,80%	2,39%
12	6,07%	6,07%	4,06%	4,07%	2,77%
13	5,36%	5,36%	3,91%	3,90%	2,15%
14	5,46%	5,46%	4,12%	4,14%	3,04%
15	5,44%	5,44%	3,98%	3,97%	2,41%
16	5,46%	5,46%	3,81%	3,82%	2,31%
17	5,44%	5,44%	4,03%	4,01%	2,22%
18	5,43%	5,43%	4,17%	4,17%	2,03%
19	3,93%	4,89%	4,02%	4,02%	1,50%
20	3,53%	4,91%	3,86%	3,86%	1,81%
21	3,41%	4,90%	3,99%	3,99%	1,72%
22	3,53%	5,09%	4,12%	4,13%	1,54%
23	3,19%	5,06%	3,96%	3,96%	1,79%
24	3,31%	5,00%	3,56%	3,55%	1,32%
25	3,18%	4,94%	3,43%	3,43%	1,61%
26	3,31%	4,00%	3,55%	3,55%	1,39%
27	3,18%	4,03%	3,43%	3,43%	1,30%
28	3,26%	4,04%	3,54%	3,54%	1,24%
29	3,17%	4,03%	3,41%	3,41%	1,46%
30	3,24%	2,53%	3,52%	3,51%	0,97%
31	2,96%	2,47%	3,58%	3,60%	1,17%
32	2,89%	2,55%	3,47%	3,47%	1,10%
33	2,80%	3,04%	3,54%	3,54%	0,99%
34	2,74%	2,96%	3,41%	3,41%	0,90%
35	2,65%	1,95%	3,48%	3,48%	1,08%
36	2,44%	2,05%	3,53%	3,53%	1,78%
37	2,53%	2,00%	3,57%	3,57%	1,47%
38	2,46%	1,97%	3,45%	3,45%	1,63%
39	2,27%	1,45%	3,49%	3,48%	1,57%
40	1,96%	1,07%	3,51%	3,51%	1,50%
41	2,05%	1,05%	3,54%	3,54%	1,67%

OPZIONE DELUXE

Età	Rimborso spese mediche		Alta Diagnostica	Diagnostica Completa	Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
	Durata annuale	Durata poliennale			
42	2,01%	1,05%	3,42%	3,42%	1,37%
43	1,96%	1,50%	3,57%	3,56%	1,53%
44	2,06%	1,47%	2,43%	2,42%	1,26%
45	2,47%	1,45%	2,61%	2,61%	1,41%
46	2,54%	1,32%	2,43%	2,43%	1,36%
47	2,48%	2,50%	2,49%	2,49%	1,49%
48	3,51%	2,54%	2,54%	2,54%	1,25%
49	4,24%	3,00%	2,48%	2,48%	1,19%
50	4,38%	3,02%	2,53%	2,53%	1,32%
51	3,01%	3,01%	2,47%	2,47%	1,54%
52	3,03%	3,03%	2,51%	2,52%	1,31%
53	4,95%	4,95%	2,46%	2,45%	1,43%
54	4,99%	4,99%	2,49%	2,49%	1,38%
55	5,00%	5,00%	2,53%	2,53%	1,34%
56	5,00%	5,00%	2,57%	2,56%	1,56%
57	4,99%	4,99%	2,50%	2,50%	1,51%
58	4,03%	4,03%	2,44%	2,44%	1,98%
59	4,01%	4,01%	2,55%	2,55%	2,10%
60	3,99%	3,99%	2,49%	2,49%	1,90%
61	4,04%	4,04%	2,51%	2,51%	3,87%
62	4,00%	4,00%	2,45%	2,45%	3,87%
63	4,49%	4,49%	2,47%	2,47%	3,73%
64	4,53%	4,53%	2,57%	2,57%	3,72%
65	4,49%	4,49%	2,43%	2,43%	3,51%
66	4,51%	4,51%	2,52%	2,52%	3,37%
67	4,51%	4,51%	2,53%	2,53%	3,25%
68	4,51%	4,51%	2,47%	2,47%	3,25%
69	4,49%	4,49%	2,55%	2,55%	4,37%
70	4,52%	4,52%	2,48%	2,48%	4,48%
71	4,49%	4,49%	2,49%	2,49%	4,24%
72	4,49%	4,49%	2,49%	2,49%	4,25%
73	4,49%	4,49%	2,49%	2,49%	4,16%
74	4,51%	4,51%	2,50%	2,50%	4,15%
75	4,50%	4,50%	2,49%	2,49%	4,05%

RIMBORSO SPESE MEDICHE - Limitazione Gravi patologie

Età	Incremento	Età	Incremento	Età	Incremento
0	-	26	1,66%	52	4,87%
1	4,59%	27	1,64%	53	4,92%
2	4,40%	28	1,58%	54	4,78%
3	4,76%	29	1,83%	55	4,71%
4	5,16%	30	1,52%	56	4,60%
5	4,81%	31	1,77%	57	6,80%
6	5,23%	32	1,71%	58	6,51%
7	5,43%	33	1,68%	59	7,52%
8	5,15%	34	3,74%	60	7,11%
9	5,30%	35	3,61%	61	6,93%
10	5,94%	36	3,84%	62	5,61%
11	4,75%	37	4,10%	63	5,52%
12	5,29%	38	3,93%	64	5,14%
13	5,08%	39	4,13%	65	4,98%
14	5,16%	40	4,29%	66	4,74%
15	4,60%	41	4,26%	67	4,53%
16	4,69%	42	4,41%	68	4,45%
17	4,48%	43	4,49%	69	4,34%
18	4,29%	44	4,60%	70	4,27%
19	4,10%	45	4,78%	71	4,30%
20	1,81%	46	4,70%	72	4,40%
21	1,81%	47	4,86%	73	4,64%
22	1,79%	48	4,85%	74	4,95%
23	1,76%	49	4,86%	75	5,40%
24	1,68%	50	5,03%	-	-
25	1,70%	51	4,81%	-	-

APPENDICE 2 - ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Sono escluse la leucemia linfatica cronica, i tumori cutanei basocellulari (basaliomi). Rimane altresì escluso il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), ad eccezione della sola garanzia Rimborso spese mediche – limitazione a gravi patologie, per cui si intende ricompreso con le modalità indicate nell'art 7.2.2.A La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.
Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche	Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: – ripetuti dolori al torace; – cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; – aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: – cuore – polmone – fegato – pancreas – rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad infortunio ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. È richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	Malattia neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della malattia. La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia
Patologie del pancreas che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N..
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: – emo-trasfusioni periodiche; – terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; – trapianto di midollo osseo. – La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da infortunio o malattia. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da cartella clinica completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

APPENDICE 3 - MEDICINA PREVENTIVA

PER ETÀ PARI O MAGGIORE DI 18 ANNI

Prevenzione Tumore della mammella

Ecografia mammaria

RX mammografia

RX mammografia con tomosintesi (in alternativa a RX Mammografia)

Visita senologica

Prevenzione tumore della prostata

Antigene prostatico specifico (PSA)

Antigene prostatico specifico libero (Free - PSA)

Ecografia Prostatica e vescicale, transrettale

Visita urologica

Prevenzione cardiovascolare

Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)

Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa)

Glicemia

Azotemia

Creatininemia

Colesterolo HDL

Trigliceridi

Colesterolo totale o colesterolemia

Transaminasi AST

Transaminasi ALT

Sodio

Potassio

Omocisteina

Urine, esame chimico e microscopico completo

Gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT)

E.C.G. di base

Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche

Visita cardiologica

Prevenzione ginecologica

Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)

Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa)

Glicemia

Azotemia

Creatininemia

Colesterolo HDL

Trigliceridi

Colesterolo totale o colesterolemia

Transaminasi AST

Transaminasi ALT

Urine, esame chimico e microscopico completo

Ricerca HPV (papillomavirus)

Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)

Tampone vaginale esame a fresco e culturale

Visita ginecologica

Prevenzione oncologica maschile

Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)

Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa)

Glicemia

Azotemia

Creatininemia

Colesterolo HDL

Trigliceridi

Colesterolo totale o colesterolemia

Transaminasi AST

Transaminasi ALT

Urine, esame chimico e microscopico completo

Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica) su 3 campioni

Antigene prostatico specifico (PSA)

Antigene prostatico specifico libero (Free - PSA)

Ecografia Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)

Visita urologica

Check-up generico

Esami di laboratorio di cui:

Colesterolo totale

Colesterolo HDL

Trigliceridi

Glicemia

Uricemia

Creatininemia

Funzionalità epatica

Emocromo

Esame urine completo

Azotemia

Proteina C reattiva

E.C.G. di base

Pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica

PSA sopra i 50 anni

Ecografia prostatica

Pap test sopra i 25 anni

Mammografia

visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici

PER MINORI DI 18 ANNI

Check-up sport base

Urine, esame chimico e microscopico completo

E.C.G. di base

Visita di medicina dello sport

Check-up sport agonistico

Urine, esame chimico e microscopico completo

E.C.G. di base e dopo sforzo (test di Master)

Spirometria

Visita di medicina dello sport

APPENDICE 4 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA

Si riportano i seguenti articoli del codice civile a titolo di consultazione, per tutto quanto non è richiamato di seguito valgono le norme della legge italiana.

ART. 1341 CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscere usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro *Contraente* decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o droghe alla competenza dell'Autorità giudiziaria.

ART. 1342 CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

ART. 1469 BIS CONTRATTI DEL CONSUMATORE

Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

ART. 1892 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del *Contraente*, relative a circostanze tali che l'*Assicuratore* non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il *Contraente* ha agito con dolo o con colpa grave.

L'*Assicuratore* decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al *Contraente* di volere esercitare l'impugnazione.

L'*Assicuratore* ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il *sinistro* si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il *Contraente* ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento

del contratto, ma l'*Assicuratore* può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'*Assicurato* nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il *sinistro* si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'*Assicuratore*, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'*Assicuratore* le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

ART. 1897 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Se il *Contraente* comunica all'*Assicuratore* mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'*Assicuratore*, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di o dal contratto ha effetto dopo un mese.

ART. 1898 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il *Contraente* ha l'obbligo di dare immediato avviso all'*Assicuratore* dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'*Assicuratore* al momento della conclusione del contratto, l'*Assicuratore* non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'*Assicuratore* può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'*Assicurato* entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'*Assicuratore* ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'*Assicuratore* non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'*Assicuratore* i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il *sinistro* si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'*Assicuratore* non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il *Contraente* non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il *Contraente* paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il *Contraente* non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'*Assicuratore*, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'*Assicuratore* ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi *Assicuratori*, l'*Assicurato* deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun *Assicuratore*.

Se l'*Assicurato* omette dolosamente di dare l'avviso, gli *Assicuratori* non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di *sinistro*, l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli *Assicuratori* a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'*Assicurato* può chiedere a ciascun *Assicuratore* l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'*Assicuratore* che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un *Assicuratore* è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri *Assicuratori*.

ART. 1913 AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* all'*Assicuratore* o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il *sinistro* si è verificato o l'*Assicurato* ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'*Assicuratore* o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del *sinistro*. (...)

ART. 1915 INADEMPIMENTO DELL'OBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

L'*Assicurato* che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'*Assicurato* omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'*Assicuratore* ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1916 DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'*Assicuratore* che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'*Assicurato* verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'*Assicurato* stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'*Assicurato* è responsabile verso l'*Assicuratore* del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'*Assicurato* o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'*Assicuratore* della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riAssicurato verso il riAssicuratore per il pagamento dell'indennità.

NOTE

NOTE

Horizontal dotted lines for note-taking.

NOTE

**Servizio Clienti
Buongiorno Reale**

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

**Assistenza stradale,
per l'abitazione e la salute**

800 092 092

24 ore su 24
7 giorni su 7

IL TUO AGENTE REALE



Mod. 5169 MAL



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo di Reale Group, iscritto al N. 006 dell'Albo delle società capogruppo.



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.