

**Polizza sanitaria PIANO INTEGRATIVO  
contratta da INARCASSA  
a favore degli Iscritti**

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Tra la spett. **REALE MUTUA di ASSICURAZIONI**  
**Via Corte d'Appello, 11**  
**10122 Torino (TO)**  
**P. IVA 00875360018**

E  
La Spett. **Inarcassa**  
**Via Salaria, 229**  
**00198 Roma**  
**P.IVA: 80122170584**

Si stipula la presente

**Polizza Rimborso Spese Mediche 2021/05/2990130**

**Decorrenza:** dalle ore 00:00 del 01/01/2022

**Scadenza:** alle ore 24:00 del 31/12/2025

**PIANO SANITARIO INTEGRATIVO**  
**Iscritti Inarcassa ad adesione facoltativa individuale**

**INDICE**

Definizioni	Pag. 4
Soggetti assicurati	Pag. 8
Oggetto dell'assicurazione	Pag. 9
Denuncia e liquidazione sinistri	Pag. 19
Premi	Pag. 22
Condizioni generali di assicurazione	Pag. 23

## DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

### **Accertamento Diagnostico**

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

### **Anno Assicurativo**

Si intende l'anno solare (dalle ore 00:00 del 1° gennaio fino alle ore 24:00 del 31 dicembre) in cui opera la copertura prevista dalla Polizza e in relazione al quale sono applicati, salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto, i massimali di Polizza.

### **Assicurati**

Ciascuno dei soggetti il cui interesse è protetto dall'Assicurazione come meglio precisato e nei limiti di cui all'art. 1 della Polizza.

### **Assicuratore o Società**

Inarcassa che stipula la Polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

### **Assicurazione o Contratto o Polizza**

Il presente contratto di assicurazione collettiva sottoscritto da Inarcassa per conto altrui con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a tenere indenne l'Assicurato, secondo i termini ed entro i limiti qui stabiliti, dei danni ad esso prodotti dal verificarsi di un Sinistro mediante l'erogazione della prestazione assicurativa.

### **Assistenza diretta**

La modalità di erogazione delle prestazioni assicurative per la quale le spese coperte dall'Assicurazione sono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie Convenzionate o Personale Sanitario Convenzionato, appartenenti al Network come del caso; in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza senza anticipare la relativa spesa e delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece di tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture o dal personale, appartenenti al Network nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante ai sensi della Polizza. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dal Network e solo previa autorizzazione dalla Centrale Operativa su richiesta dell'Assicurato, fatti salvi i casi di Urgenza.

### **Assistenza indiretta**

La modalità di erogazione della prestazione assicurativa per la quale le spese coperte dall'Assicurazione relative alle prestazioni sanitarie ricevute vengono rimborsate dalla Società all'Assicurato in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza anticipando la relativa spesa e, quindi, pagando direttamente tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture Sanitarie o dal Personale Sanitario, come del caso, e la Società rimborsa all'Assicurato tale spesa nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante. Tale modalità di erogazione trova applicazione presso le Strutture Sanitarie e il Personale Sanitario non appartenenti al Network e, nei casi in cui l'Assicurato non abbia tempestivamente richiesto, per la prestazione sanitaria, l'attivazione dell'Assistenza Diretta, anche presso le Strutture Sanitarie Convenzionate e il Personale Sanitario Convenzionato, con espressa esclusione, in tale ultima ipotesi, dei casi di Urgenza.

### **Assistenza Infermieristica**

L'assistenza infermieristica prestata da personale in possesso di specifico diploma o titolo equipollente.

### **Carenza/Termini di aspettativa**

Il periodo di tempo che intercorre tra la data di efficacia dell'Assicurazione e la decorrenza delle garanzie coperte dall'Assicurazione.

### **Cartella Clinica**

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, integrato o non integrato dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O), redatto durante la degenza con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente Assicurato per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologia remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

### **Centrale Operativa**

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

**Commissione Tecnica**

La Commissione Tecnica composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall'Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l'Assicuratore, avente le funzioni previste dall'art. 22 di cui al presente Contratto.

**Contraente**

Inarcassa che stipula la polizza per conto altrui ed a beneficio degli Assicurati.

**Convenzione**

Il contratto sottoscritto tra Inarcassa e la Società Reale Mutua Di Assicurazioni che, insieme alla presente Polizza e agli altri atti della gara CIG: 87964525D3, regola i rapporti tra le parti, ivi inclusa l'Assicurazione e le modalità di adesione alla Polizza in tutti i suoi aspetti.

**Data Evento**

Salvo quanto diversamente previsto di volta in volta nel Contratto: (i) per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; (ii) per le altre prestazioni sanitarie previste dalla copertura, si intende la data in cui la prestazione sanitaria è stata effettivamente effettuata.

**Day Hospital**

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.

**Dip**

Documento Informativo Precontrattuale contenente informazioni per il prodotto assicurativo danni per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche.

**Dip Aggiuntivo**

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo contenente informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle ottenute nel Dip per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche ancor più nel dettaglio.

**Documento di Polizza**

Documento che prova l'Assicurazione.

**Evento**

Il Ricovero, Day Hospital, e altra prestazione sanitaria, la condizione di salute, Malattia o Infortunio e l'esigenza diagnostica, di prevenzione (incluse le prestazioni di check-up o di assistenza), nonché ogni altro evento coperto dalla Polizza come indicato all'art. 2 del Contratto.

**Garanzie**

Le coperture assicurative oggetto della presente Polizza come indicate all'art. 2 del Contratto.

**Garanzia Facoltativa**

La copertura assicurativa opzionale collegata alla presente Polizza che consiste nell'estensione delle Garanzie al Nucleo Familiare nei limiti di volta in volta previsti dal Contratto e che l'Assicurato può richiedere mediante relativa adesione e previo pagamento del relativo Premio.

**Grandi Interventi chirurgici (G.I.C.)**

Gli interventi elencati nell'apposito allegato al Contratto (ALLEGATO A).

**Gravi Eventi Morbosi (G.E.M.)**

Gli eventi elencati nell'apposito allegato al Contratto (ALLEGATO B).

**Immobilizzazione**

Qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee, conseguente all'infortunio che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso, prescritti dallo specialista ortopedico, e/o che preveda un divieto di carico.

**Indennità Sostitutiva**

Importo giornaliero erogato dalla Società, ai sensi dell'art. 2.2, lett. D) del Contratto, in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

**Indennità giornaliera da infortunio**

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di infortunio che comporti ricovero, ingessatura o immobilizzazione dell'assicurato, ai sensi dell'art. 2.2, lett. M) del Contratto.

**Indennizzo**

L'importo monetario dovuto dalla Società in caso di Sinistro, il cui pagamento, in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto, o in forma di indennità, come previsto dal Contratto, rappresenta la prestazione assicurativa del Contratto.

**Infortunio**

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

**Intervento chirurgico**

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

**Intervento chirurgico ambulatoriale**

Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post intervento.

**Istituto di cura**

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero (pubblici o equiparati, privati accreditati, privati non accreditati), regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

**Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Malattia oncologia**

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna in qualsiasi stadio (anche in situ e recidive); sono incluse le malattie neoplastiche del sangue e del sistema linfatico (leucemie, linfomi H. e linfomi NH, etc).

**Malformazione congenita**

Anomalia anatomica o strutturale di un determinato organo o apparato, di natura congenita, singola o multipla, macroscopica o microscopica, localizzata sulla superficie o all'interno del corpo.

**Massimale**

Somma massima complessivamente indennizzabile ai sensi di Contratto per ciascun Assicurato ovvero per ciascun Nucleo Familiare, compreso l'Assicurato, ove la Polizza sia estesa anche al Nucleo Familiare secondo l'opzione prescelta, per uno o più Sinistri nel corso dello stesso Anno Assicurativo.

**Medicinale**

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dalla Agenzia Italiana del Farmaco o dalle Agenzie internazionali alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

**Network**

Rete di Strutture Sanitarie e Personale Sanitario convenzionati con la Società, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta o misto. L'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie e del Personale Sanitario convenzionati con la Società e quindi appartenenti al Network è consultabile presso sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) o APP attraverso l'accesso alla propria area riservata.

**Nucleo familiare**

I componenti della famiglia composta dall'Assicurato, dal coniuge, o parte di unione civile o convivente more uxorio, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge, o convivente more uxorio o parte di unione civile, anche non conviventi.

**Personale Sanitario**

I professionisti sanitari, ivi inclusi medici specialisti e odontoiatri, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

**Personale Sanitario Convenzionato**

Il Personale Sanitario appartenente al Network, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

**Piano Sanitario Base**

La polizza collettiva PIANO SANITARIO "BASE" stipulata da Inarcassa a favore dei propri iscritti e pensionati alla quale è collegata la presente Polizza.

**Piastra chirurgica**

Struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti, di norma. Le funzioni per il pre-intervento (preanestesia), assistenza anestesiológica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

**Premio**

Somma dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione.

Relativamente alla facoltà di estensione della Polizza, con onere a proprio carico, a favore del Nucleo Familiare, la somma dovuta dall'Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo per l'acquisto della Garanzia Facoltativa che prevede tale estensione. Relativamente alla facoltà del pensionato non iscritto ad Inarcassa, di cui al punto a), dell'art. 1 del Contratto, di aderire alla Polizza, con onere a proprio carico, la somma da questi dovuta, quale Assicurato, alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione.

**Retta di degenza**

Corrispettivo per il trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica in caso di Ricovero.

**Ricovero**

Degenza, attestata da idonea documentazione, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).

**Rischio**

Probabilità che si verifichi un Sinistro.

**Scoperto**

L'importo in valore percentuale (comunque ricompreso tra un importo minimo in misura fissa, cd. Scoperto minimo, e un importo massimo in misura fissa, cd. "Scoperto massimo"), stabilito dal presente Contratto, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro indennizzabile.

**Set Informativo**

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto almeno da: DIP (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

**Sinistro**

Il verificarsi dell'Evento per il quale è prestata l'Assicurazione ed è dovuta la prestazione assicurativa nei termini e condizioni del Contratto.

**SSN**

Servizio Sanitario Nazionale e strutture accreditate con lo stesso

**Strutture Sanitarie**

Istituti di cura, anche a carattere scientifico (IRCCS), centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

**Strutture Sanitarie Convenzionate**

Le Strutture Sanitarie appartenenti al Network, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

**Trasporto Sanitario**

Trasporto di persone con impiego di ambulanza, con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'Istituto di cura e dall'Istituto di cura, compreso il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o per il rientro alla propria abitazione.

**Trattamenti fisioterapici e rieducativi**

Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale sanitario fornito di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di Polizza. Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, Centro Medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

**Urgenza**

Casi di urgenza medico sanitaria debitamente certificati dal medico e/o nei quali vi sia stata impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa rispettando il preavviso previsto dal Contratto.

**Visita specialistica**

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

**PREMESSA**

La presente Polizza è stata redatta in attuazione della Convenzione quadriennale che Inarcassa ha sottoscritto con Reale Mutua Assicurazioni allo scopo di dare la possibilità ai propri Associati di poter godere, facoltativamente, di una copertura assicurativa, integrativa rispetto alla polizza collettiva PIANO SANITARIO "BASE" stipulata da Inarcassa in favore dei propri iscritti e pensionati iscritti (cd. Piano Sanitario Base), per tutte le forme di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico, e per tutte le prestazioni di cui al successivo art. 2.

L'adesione alla presente Polizza è riservata ai soli iscritti e pensionati iscritti ad Inarcassa che, siano già in copertura automatica ai sensi della polizza collettiva Piano Sanitario Base. L'adesione sarà necessariamente di tipo individuale; pertanto, la contraenza ed i relativi oneri economici sono riferiti e rimangono interamente a carico del singolo iscritto aderente.

**SOGGETTI ASSICURATI****Art. 1 – Soggetti assicurati**

Sono Assicurati ai fini della presente Polizza gli iscritti ad Inarcassa, che già fruiscano, in qualità di beneficiari non contraenti, del Piano Sanitario Base stipulato da Inarcassa, ed abbiano aderito, su base volontaria e individuale, alla presente Polizza nei termini di quanto stabilito al successivo articolo 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In ogni caso, la copertura di cui alla presente Polizza è esclusa per i pensionati non iscritti ad Inarcassa, quand'anche coperti dal Piano Sanitario Base.

**1.2 - Estensione della copertura al Nucleo Familiare**

Ciascun Assicurato, come sopra identificato, potrà estendere, con pagamento del relativo Premio a proprio carico, e per ciascun Anno Assicurativo coperto dalla "Convenzione Inarcassa" le Garanzie a favore del proprio Nucleo Familiare, fermi i limiti di copertura applicabili al Nucleo Familiare di volta in volta specificati nel presente Contratto. L'estensione opera esclusivamente per l'intero Nucleo Familiare senza possibilità di estensione parziale a singoli componenti del medesimo. Con riferimento alla presente estensione, trovano applicazione i termini e condizioni di cui all'art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione.



**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E GARANZIE BASE****Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione e massimali assicurati**

L'Assicurazione opera, nei termini e condizioni di cui al presente Contratto, in caso di Ricoveri per Interventi Chirurgici diversi dai Grandi Interventi Chirurgici (G.I.C.) già coperti dal Piano Sanitario Base e dai Gravi Eventi Morbosi (G.E.M.) già coperti dal Piano Sanitario Base e, in particolare, è prestata per i seguenti Eventi e prevede la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) Ricovero in Istituto di Cura (art. 3.1);
- b) Ricovero in regime di Day-Hospital (art. 3.2);
- c) Intervento Chirurgico (art. 3.1 e 3.2);
- d) Intervento Chirurgico Ambulatoriale (art. 3.3);
- e) Parto e aborto (art. 3.4);
- f) Trapianti (art. 3.5);
- g) Prestazioni di alta specializzazione (art. 4);
- h) Visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) e Accertamenti Diagnostici / Trattamenti Fisioterapici Rieducativi da Infortunio e Malattia (art. 5)
- i) Prevenzione (art. 6);
- j) Cure per il neonato nei primi tre mesi di vita (art. 7);
- k) Acquisto lenti (art. 8);
- l) Prestazioni odontoiatriche (art. 9)
- m) Diagnosi comparativa / ricerca medico più competente (art. 10);
- n) l'erogazione delle seguenti prestazioni:
- o) Servizi di consulenza (art. 11);
- p) Servizi di assistenza (art. 12)

La copertura opera a condizione che i suddetti Eventi assicurati siano conseguenza di Malattia o Infortunio e si verifichino in vigenza di Polizza e a tal fine va considerata la Data Evento. In particolare, sono coperti gli eventi che si verificano dopo la data di decorrenza della Polizza o, se successiva, comunque dopo la data di inserimento in copertura dell'Assicurato, fatto salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto.

La copertura assicurativa della Polizza è prestata fino a concorrenza della somma massima di Indennizzo di **euro 300.000** per ciascun Assicurato e per ogni Anno Assicurativo, a prescindere dal numero di Sinistri occorsi nel medesimo Anno Assicurativo (Massimale di Polizza).

In caso di estensione della copertura assicurativa della Polizza a favore dei componenti del Nucleo Familiare dell'Assicurato, il predetto Massimale di Polizza resta unico ed è dunque pari a **euro 300.000** per l'intero Nucleo Familiare per Anno Assicurativo, compreso l'Assicurato. Inoltre, l'eventuale presenza di limiti (sotto limiti) di Indennizzo va anch'essa intesa per l'intero Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo.

Gli importi liquidati dalla Società a titolo di Indennizzo ai sensi della presente Polizza non concorrono al raggiungimento del Massimale di Polizza di cui al Piano Sanitario Base.

**Art. 3 – Ricovero****Art. 3.1 – Ricovero in Struttura Sanitaria**

L'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, per le seguenti spese sostenute in connessione con un Ricovero con o senza Intervento Chirurgico.

#### a) Pre-ricovero

Spese sostenute per Visite Specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biotiche, che non siano già in copertura a carico del Piano Sanitario Base, **nei 120 giorni precedenti** il Ricovero purché correlati e resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero. Tale Garanzia è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

#### b) Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

#### c) Assistenza medica, Medicinali, cure

Prestazioni medica e infermieristica, consulenze medico-specialistiche, cure, accertamenti diagnostici, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, Medicinali ed esami, purché relativi al periodo di Ricovero ed alla patologia che comporta il Ricovero.

I Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi sono compresi nella Garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico.

#### d) Rette di degenza

Non sono comprese in Garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di Ricovero in Struttura Sanitaria non convenzionata con la Società, la Garanzia è prestata con il limite di **euro 210** al giorno. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

#### e) Accompagnatore

La Garanzia è prestata con riferimento alle spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assicurato nell'Istituto di Cura. L'Assicurato ha diritto alla copertura per l'accompagnatore anche per tutti gli Eventi coperti dal Piano Sanitario Base.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la Garanzia è prestata nel limite di **euro 110** al giorno per un **massimo di 60 giorni** per Ricovero.

#### f) Assistenza Infermieristica privata individuale

Spese per Assistenza Infermieristica privata individuale nel limite di **euro 100** al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

#### g) Post-Ricovero

Spese per esami e accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici o Rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati **nei 120 giorni successivi** alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero; i Trattamenti Fisioterapici o Rieducativi e le cure termali sono compresi nella Garanzia solo nel caso di Ricovero con Intervento Chirurgico. Sono compresi in Garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.

#### Art. 3.2 – Day Hospital o forma di Ricovero equivalente

Nel caso di Day-Hospital, l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante pagamento dell'Indennizzo, delle spese previste all'art. 3.1 che precede.

La presente Garanzia non è operante per le Visite Specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

#### Art. 3.3 – Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Nel caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, delle spese previste all'art. 3.1 che precede per le sole lettere a) "Pre-ricovero", b) "Intervento Chirurgico", c) "Assistenza medica, Medicinali e cure" e g) "Post-ricovero".

#### Art. 3.4 – Parto e aborto

I. In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di Cura, l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, delle spese previste all'art. 3.1 che precede per le sole lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, Medicinali, cure", d) "Rette di degenza", e g) "Post-ricovero".

II. In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in Struttura Sanitaria Convenzionata, la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, delle spese ~~per~~ previste all'art. 3.1 che precede per le sole lettere b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, Medicinali, cure" e d) "Rette di degenza". Relativamente alle prestazioni lett. g) "post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto.

III. In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di Cura non convenzionato, e quindi non appartenente al Network, la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato delle spese previste all'art. 3.1 lettere b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, Medicinali, cure", e d) "Rette di degenza" e relativamente alle prestazioni lett. g) "post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto. Tali spese vengono rimborsate con un massimale di **euro 4.000** per Anno Assicurativo e Nucleo Familiare e non sono previsti sottolimiti. A titolo di chiarezza, vengono ricomprese nella presente Garanzia le prestazioni di amniocentesi e di prelievo dei villi coriali a fronte di idonea prescrizione medica.

#### Art. 3.5 – Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a Malattia o a Infortunio, la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante pagamento di Indennizzo, delle spese previste all'art. 3.1, nonché delle spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la Garanzia assicura inoltre le spese per le prestazioni effettuate durante il Ricovero relativamente al donatore a titolo di Accertamenti Diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, cure, Medicinali, rette di degenza.

#### Art. 3.6 – Limiti di copertura

Con riferimento alle prestazioni di cui agli articoli da 3.1 a 3.5, trovano applicazione i seguenti limiti di copertura, fermo quanto previsto all'art. 14 che segue.

##### a) Prestazioni in Strutture Sanitarie appartenenti al Network

A condizione che il Sinistro sia attivato in Assistenza Diretta quindi previo contatto con la Centrale Operativa (salvi i casi di Urgenza), le spese garantite dalla Polizza vengono liquidate, direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie Convenzionate, con l'applicazione di uno Scoperto del **10%**, con un minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 500** e con un massimo non indennizzabile (Scoperto Massimo) di **euro 7.500**.

Lo Scoperto si applica sull'insieme di tutte le spese (comprese le spese pre Ricovero e post Ricovero), ad esclusione delle seguenti:

1. art. 3.1 "Ricovero in Istituto di Cura":
  - lett. d) Rette di degenza;
  - lett. e) Accompagnatore;
  - lett. f) Assistenza Infermieristica privata individuale;
2. art. 3.4 "Parto e aborto" III capoverso;

tenuto conto dei relativi limiti indicati nelle singole Garanzie

Fatti salvi i casi di Urgenza, le prestazioni effettuate presso il Network senza previa attivazione dell'Assistenza Diretta tramite la Centrale Operativa sono equiparate alle prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie non convenzionate e si applicano quindi, tra l'altro, le limitazioni dell'Indennizzo riconosciuto in regime di Assistenza Indiretta di cui alla successiva lettera b).

#### **b) Prestazioni in Strutture Sanitarie non appartenenti al Network.**

Le spese relative alle prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie non convenzionate (non appartenenti al Network) vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del **25%**, con un minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 750** e con un massimo indennizzabile (Scoperto Massimo) di **euro 10.000** che verrà applicato sull'insieme di tutte le spese (comprese le spese pre- Ricovero e post-Ricovero), ad esclusione delle seguenti:

1. art. 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":
  - lett. d) Rette di degenza;
  - lett. e) Accompagnatore;
  - lett. f) Assistenza Infermieristica privata individuale;
2. art. 3.4 "Parto e aborto" III capoverso;

tenuto conto dei relativi limiti indicati nelle singole Garanzie.

#### **c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di Ricovero presso il SSN e quindi con costo a completo carico del SSN, la garanzia sarà attivata in forma di Indennità Sostitutiva, ai sensi dell'art. 3.7 che segue.

Qualora, in connessione con il predetto Ricovero, l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, in luogo dell'indennità sostitutiva di cui al successivo art. 3.7, la Società rimborserà integralmente tali importi all'Assicurato nel limite del massimale assicurato.

Nel caso in cui il Ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate:

- secondo quanto indicato alla lett. a) "Prestazioni in Strutture Sanitarie appartenenti al Network, in caso di ricorso a Personale Sanitario Convenzionato con attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa;
- secondo quanto indicato alla lett. b) "Prestazioni in Strutture Sanitarie non appartenenti al Network, in caso di ricorso a Personale medico non convenzionato senza l'attivazione del servizio della Centrale Operativa.

#### **Art. 3.7 – Indennità Sostitutiva**

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Ricovero, non faccia richiesta di Rimborso in regime di Assistenza Diretta o Indiretta, né per il Ricovero, né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, ovvero in totale assenza di spese, l'Assicuratore si impegna a corrispondere all'Assicurato, quale Indennizzo, un'indennità diaria giornaliera (cd. Indennità Sostitutiva) di **euro 100** per ogni giorno di effettivo Ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un limite massimo di **90 giorni** per Ricovero ed Anno Assicurativo, fermo restando che le spese di pre e post Ricovero verranno invece comunque rimborsate mediante Indennizzo nei termini previsti dal Contratto.

Nel caso di Day-Hospital, l'indennità giornaliera corrisposta è pari ad **euro 100**.

Tale Indennità Sostitutiva non sarà corrisposta qualora il Sinistro sia già in copertura attraverso il Piano sanitario Base.

#### **Art. 4 – Prestazioni di alta specializzazione**

La Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, per le spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

#### **Alta diagnostica e terapie specialistiche**

- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco

- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Elettroscopia
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- MOC
- Oronografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi

La Garanzia è prestata fino a un limite massimo di **euro 7.700** per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo. Per l'attivazione della presente Garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno Scoperto del **10%** e con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 50** per ogni Accertamento Diagnostico o per ciclo di terapia, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture Sanitarie **non convenzionate** con la Società (non appartenenti al Network), le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del **25%** e con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 75** per ogni Accertamento Diagnostico o per ciclo di terapia, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

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

#### **Art. 5 – Visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) e Accertamenti Diagnostici / Trattamenti Fisioterapici Rieducativi da Infortunio e Malattia**

La Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante pagamento di Indennizzo, per le spese relative alle seguenti prestazioni:

- a) visite Specialistiche e per Accertamenti Diagnostici, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici;
- b) visite omeopatiche effettuate da medici il cui titolo deve risultare dalla documentazione fiscale;
- c) visite mediche specialistiche e gli Accertamenti Diagnostici - compresa l'amniocentesi correlati alla gravidanza eseguiti in regime extra-ricovero.

Per l'attivazione della garanzia di cui ai punti a), b e c) è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

- d) trattamenti Fisioterapici e riabilitativi conseguenti a Infortunio e Malattia nel limite massimo di **euro 500,00** per Anno Assicurativo e per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare. Per l'operatività della presente Garanzia è necessaria la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso attestante l'Infortunio occorso od altra documentazione medica comprovante l'Evento, la data di accadimento ed il nesso di causalità con le terapie effettuate.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate (appartenenti al Network) le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno Scoperto del **10%** e con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 50** per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture Sanitarie non convenzionate con la Società (non appartenenti al Network), le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile (Scoperto Minimo) di **euro 75** per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo, anche se somministrato in sedute multiple nell'ambito di un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga dell'SSN, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Il limite massimo annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad **euro 3.000** per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare.

#### **Art. 6 – Prevenzione**

In caso di estensione al Nucleo Familiare, la Società garantisce ai suoi componenti l'effettuazione dei seguenti Accertamenti Diagnostici con finalità di prevenzione una volta l'anno in Strutture Sanitarie Convenzionate (appartenenti al Network), previo contatto con la Centrale Operativa, senza necessità di prescrizione medica, in regime di Assistenza Diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

1. ALT
2. AST
3. Colesterolo completo
4. Colesterolo totale (HDL E LDL)
5. Creatina
6. Emocromo
7. Esame delle urine
8. Gamma GT
9. Glicemia
10. Psa
11. Ricerca sangue occulto fecale
12. Tempo di protrombina parziale (PTT)
13. Tempo di protrombina (PT)
14. Trigliceridi
15. Urea
16. VES
17. Visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica).

#### **Per gli assicurati di sesso maschile:**

- Accertamento dell'antigene prostatico specifico
- Ecografia dell'addome.

#### **Per gli assicurati di sesso femminile:**

- Visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria ed ecografia transvaginale).

L'Assicurato, per prestazioni diagnostiche e/o di prevenzione non comprese in Polizza, potrà ottenere, contattando preventivamente la Centrale Operativa della Società, l'applicazione delle tariffe agevolate previste dalla convenzione con la Struttura del Network.

#### **Art. 7 – Cure per il neonato nei primi tre mesi di vita**

La Società rimborsa, nell'ambito del Massimale di Polizza, le spese sanitarie sostenute nei primi 3 (tre) mesi di vita del neonato rientranti nelle Garanzie prestate dalla Polizza.

La Garanzia è operante a condizione che il neonato sia nato in pendenza di Polizza e venga in ogni caso inserito nella copertura della Polizza entro il 90° giorno dalla nascita con pagamento del relativo Premio.

In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in regime di assistenza indiretta e passerà in regime di Assistenza Diretta dal giorno di inserimento del neonato nella copertura della Polizza.

#### **Art. 8 – Lenti**

Relativamente alle spese per lenti correttive di occhiali o a contatto l'Assicurato deve attivare il pagamento in forma diretta richiedendo la presa in carico direttamente al Centro Ottico Convenzionato. Per farlo deve accedere alla propria area riservata dal sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) o dall'APP, consultare i Centri Ottici convenzionati, selezionare quello desiderato e scaricare il voucher da consegnare al Centro in fase di richiesta della prestazione. Sarà poi l'Ottico stesso a richiedere la presa in carico delle spese a Blue Assistance. Contestualmente occorre fornire al Centro un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

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

In mancanza della corretta attivazione, la liquidazione in forma diretta non è operante e pertanto avverrà nella tradizionale forma a rimborso.

Il massimale a disposizione per l'assicurato - o in caso di estensione al nucleo familiare - per l'intero nucleo familiare è pari ad **euro 200** per anno e per nucleo.

## **9 – Garanzia di prestazioni odontoiatriche**

### **Art. 9.1 – prevenzione odontoiatrica**

La Società garantisce, una volta per Anno Assicurativo e in Strutture Convenzionate (appartenenti al Network) per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare, l'effettuazione di un programma di prevenzione dentale consistente in:

- una visita odontoiatrica
- una ablazione del tartaro

### **Art. 9.2 – Interventi chirurgici odontoiatrici**

In parziale deroga di quanto previsto all'art. 24 "Esclusioni" punto 11, la Società si impegna a rimborsare all'Assicurato, in regime di Assistenza Indiretta, le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **euro 2.500** per Anno Assicurativo e per Assicurato o, in caso di estensione al Nucleo Familiare, per l'intero Nucleo Familiare.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

### **Art. 10 – Diagnosi comparativa / Ricerca specialista più competente**

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

1. AIDS
2. Cecità
3. Coma
4. Ictus
5. Insufficienza renale
6. Malattie neoplastiche maligne
7. Morbo di Alzheimer
8. Morbo di Parkinson
9. Paralisi
10. Patologie neuromotorie
11. Perdita della parola
12. Problemi cardiovascolari
13. Sclerosi Multipla
14. Sordità
15. Trapianti degli organi vitali

potrà essere richiesto dall'Assicurato un riesame del caso mediante l'invio alla Società di tutta la documentazione medica necessaria.



La Società provvede, previo esame della documentazione richiesta, attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate a livello mondiale, a ottenere una nuova valutazione medica e a trasmetterla all'Assicurato.

Il servizio può essere attivato mediante contatto con la Centrale Operativa.

Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Società provvederà a inoltrare all'Assicurato la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata; la Società fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato. Per i clienti che intendano entrare in contatto con medici all'estero, la Società mette a disposizione la propria Centrale Operativa per organizzare la degenza nell'ospedale, la sistemazione alberghiera, il viaggio e garantire eventualmente la presenza di un interprete.

#### **Art. 11 – Servizi di consulenza**

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa.

##### **a) Informazioni sanitarie telefoniche**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- Assistenza Diretta e Indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### **b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dalla presente Polizza, nelle Strutture Sanitarie Convenzionate con la Società.

##### **c) Pareri medici immediati**

Qualora in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

##### **d) Indicazioni sanitarie**

A richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa segnala lo specialista o il centro medico più indicati per le specifiche necessità dell'Assicurato.

#### **Art. 12 – Prestazioni di assistenza**

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa.

##### **PRESTAZIONI IN ITALIA**

##### **a) Invio di un medico**

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, essendo inteso che le spese relative rimarranno a carico della Società.

##### **b) Rientro dal Ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo a carico della Società la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

##### **c) Trasferimento in centro medico specializzato**

Qualora l'Assicurato in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale

Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa e integralmente sostenuto quanto alle spese dalla Società.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

#### **PRESTAZIONI ALL'ESTERO**

##### **d) Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a carico della Società le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di **euro 104** per Sinistro.

##### **e) Invio di Medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di Malattia o di Infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità Medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei Medicinali, tenendo a carico della Società le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei Medicinali.

##### **f) Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a carico della Società le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a spese della Società al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

**DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI****Art. 13 – Accesso alle Strutture Sanitarie e Personale Sanitario**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita e oggetto delle Garanzie della presente Polizza, l'Assicurato può rivolgersi:

- A. alle strutture aderenti al Network;
- B. alle strutture Sanitarie Private non aderenti al network;
- C. alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.
- D. In regime misto

**Art. 14 – Denuncia di Sinistro, criteri e limiti di liquidazione****A. Sinistri attivati presso il Network (Assistenza Diretta)**

Per le prestazioni sanitarie erogate dal Network, l'Assicurato (o chi per esso), prima di effettuare la prestazione, dovrà denunciare il Sinistro contattando la Centrale Operativa, per attivare il servizio di copertura. Salvi i casi di Urgenza, la Centrale Operativa dovrà essere contattata con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive dal giorno della prestazione sanitaria richiesta.

I servizi forniti dalla Centrale Operativa e le modalità di accesso sono indicati:

- a) nella guida Guida Operativa pubblicata sul sito di Inarcassa [www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html](http://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html) e sul sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it)
- b) in alternativa deve preventivamente contattare telefonicamente la centrale operativa al numero verde da telefono fisso e cellulare 800 954 450; per chiamate dall'estero +39 011 7425521

L'assicurato deve effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni con modalità web accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) o tramite APP, in alternativa telefonicamente deve preventivamente prendere contatto con la Centrale Operativa telefonando al numero verde.

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

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

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

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

In regime di assistenza diretta Blue Assistance si impegna a dare riscontro positivo o negativo all'Assicurato entro il termine massimo di 24 ore naturali e consecutive dalla richiesta.

A condizione che il servizio di copertura sia attivato tramite la Centrale Operativa con il preavviso richiesto, l'Indennizzo per le prestazioni sanitarie erogate dal Network è liquidato mediante il pagamento diretto da parte dell'Assicuratore agli aderenti al Network del prezzo delle prestazioni sanitarie erogate, entro i limiti/sottolimiti e con applicazione degli Scoperti previsti per la prestazione in regime di Assistenza Diretta. A tale fine, l'Assicurato delega la Società a pagare agli aderenti al Network la copertura delle prestazioni sanitarie ricevute garantite dalla Polizza.

Gli aderenti al Network non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non coperte dalle Garanzie, eccedenti il massimale assicurato o ricomprese in Scoperto o non autorizzate.

Per ottenere la liquidazione l'Assicurato dovrà presentare agli aderenti al Network, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. In caso di Ricovero, l'Assicurato dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni il "modulo di dimissioni" per attestazione delle prestazioni

ricevute. In caso di prestazione extra-Ricovero, l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione delle prestazioni ricevute.

Qualora l'Assicurato, pur accedendo ad una Struttura Sanitaria e/o a Personale Sanitario aderenti al Network, non attivi il servizio tramite la Centrale Operativa o lo attivi senza il rispetto del preavviso richiesto (nei casi diversi dall'Urgenza) e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate in regime di Assistenza Indiretta secondo quanto previsto per il regime "non convenzionato" e, quindi, con applicazione di limiti/sotto limiti e Scoperti previsti per la prestazione in regime di Assistenza Indiretta dal precedente articolo 3.6.

**B. Sinistri attivati presso Strutture e/o Personale Sanitario non appartenenti al Network (Assistenza Indiretta)**

Per le prestazioni sanitarie erogate da Strutture non appartenenti al Network, l'Indennizzo è liquidato mediante rimborso da parte dell'Assicuratore delle spese sostenute dall'Assicurato garantite dalla Polizza entro i limiti/sotto limiti e con applicazione di Scoperti come previsti, per la prestazione in regime di Assistenza Indiretta, dall'articolo 3.6.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni garantite dalla Polizza, l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore apposito modulo di denuncia sinistro con richiesta di Indennizzo, debitamente compilato e corredato da copia della documentazione medica indicata nella tabella sotto riportata.

L'Assicurato, in possesso delle credenziali (login e password), dovrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) o APP.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale.

**La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.**

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

N.B.: Login e password vengono rilasciati in fase di registrazione al primo accesso sul sito di Blue Assistance.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - tramite l'accesso all' Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Tipo prestazione	Documentazione utile per il rimborso
1) Indennità sostitutiva di ricovero per GIC e GEM	
1.1 ricovero fino a 10 giorni di degenza	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
1.2 ricovero oltre 10 giorni di degenza	Cartella clinica
2) Spese sostenute pre e post ricovero G.I.C. e G.E.M., domiciliari e ambulatoriali:	
2.1 Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga) oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
2.2 Prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
2.3 Terapie radianti, chemioterapiche, follow-up oncologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
3) Trasporto sanitario	SDO; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

Qualora, nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'Assistenza Indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del SSN (competenze dell'Istituto di Cura/Retta di Degenza), applicando il disposto all'art. 3.6, lett. b).

In caso di spese sostenute all'estero, il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora per uno stesso Evento l'Assicurato abbia ricevuto da Inarcassa un'indennità per inabilità temporanea assoluta ("ITA") ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. f) dello Statuto dell'Associazione e delle relative disposizioni regolamentari (testi reperibili sul sito istituzionale [www.inarcassa.it](http://www.inarcassa.it)), Inarcassa avrà diritto di surrogare l'Assicurato alla Società nella richiesta della Indennità Sostitutiva e della Indennità da Infortunio, prevista dal Piano Sanitario Base, nei limiti dell'importo effettivamente corrisposto a titolo di indennità per Inabilità Temporanea Assoluta.

### **C. Sinistri attivati presso il SSN (Assistenza Indiretta)**

Per le prestazioni sanitarie erogate da Strutture Sanitarie e/o Personale Sanitario del SSN, l'Indennizzo è liquidato mediante rimborso da parte dell'Assicuratore di tutte le spese sostenute dall'Assicurato garantite dalla Polizza (per trattamento alberghiero e per ticket sanitari) per i Ricoveri ed extra-Ricovero, entro i limiti/sottolimiti applicabili e senza applicazione di Scoperti. In questo caso, non verrà corrisposta l'Indennità Sostitutiva di cui all'art. 3.7.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore apposito modulo di denuncia sinistro con richiesta di Indennizzo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica prevista in polizza per ciascuna prestazione (V. tabella alla precedente lettera B). Il modulo di richiesta di Indennizzo e le istruzioni per la trasmissione di tale modulo sono indicati nell'Allegato alla presente Polizza.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute, debitamente quietanzata).

### **D. Sinistri per prestazioni in "regime misto"**

Qualora il Sinistro riguardi una prestazione sanitaria effettuata da una Struttura Sanitaria Convenzionata o da Personale Sanitario non appartenente al Network, l'Indennizzo delle sole prestazioni fuori Network è liquidato mediante rimborso da parte dell'Assicuratore di tutte le relative spese con le modalità previste per il regime di Assistenza Indiretta e con i limiti di Scoperto previsti all'art. 3.6 lett. b).

### **E. Sinistri con pagamento di Indennità**

Le denunce di Sinistro con richiesta di Indennizzo per il pagamento di indennità da parte dell'Assicuratore, ove dovute, sono presentate dall'Assicurato mediante invio all'Assicuratore di apposito modulo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica indicata nella tabella di cui al punto B che precede e da copia della documentazione di spesa. Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile sul sito di Inarcassa [www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html](http://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html) e sul sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) o App.

Le Indennità vengono liquidate dall'Assicuratore mediante pagamento del corrispondente importo come maturato ai sensi del Contratto.

### **Art. 15 – Termine per la presentazione della denuncia**

Le richieste di Indennizzo devono essere trasmesse dall'Assicurato alla Società entro 180 giorni dalla Data Evento. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate prima del Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate dopo il Ricovero o Day Hospital, o in assenza di Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

**Art. 16 – Termini di pagamento dell’Indennizzo in forma di Assistenza Indiretta e/o indennità**

Nei casi diversi dall’Assistenza Diretta, l’Assicuratore si obbliga a liquidare i Sinistri e corrispondere l’Indennizzo all’Assicurato entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa (medica e di spesa) relativa al Sinistro come prevista dal Contratto.

**Art. 17 – Anticipo**

Nei casi di Ricovero coperto dalla presente Polizza per i quali l’Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo e non operi l’Assistenza Diretta, la Società, su richiesta dell’Assicurato o di un suo familiare, provvederà al pagamento di quanto richiesto a tale titolo in un importo massimo pari al 70% delle spese preventivate dall’Istituto di Cura, salvo conguaglio al termine del Ricovero.

**PREMI****Art. 18 – Premi**

Il Premio annuo, comprensivo di oneri fiscali è pari ai seguenti importi, differenziati a seconda della fascia di età dell’Assicurato, come segue:

- a) per ogni Assicurato di età fino a 45 anni € 542,28;
- b) per ogni Assicurato di età superiore a 45 anni e fino a 65 anni € 1.074,60;
- c) per ogni Assicurato di età superiore a 65 anni € 1.621,85;

**Art. 19 – Estensione al Nucleo Familiare**

Qualora l’Assicurato intenda estendere le coperture della presente polizza al Nucleo familiare, tale estensione opererà obbligatoriamente per tutti i suoi componenti.

Ai fini dell’estensione il premio dovuto per ciascun familiare verrà scontato del 20% rispetto a quello dovuto dall’assicurato ai sensi dell’articolo 18 in relazione alla rispettiva età anagrafica.

In deroga a quanto sopra i Figli fino a 12 anni sono inseriti in copertura gratuitamente e le coperture operano fino al 31 dicembre dell’anno di compimento del dodicesimo anno.

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****Art. 20 – Inclusione ed esclusione degli assicurati**

L’adesione alla presente Polizza è riservata ai soli iscritti ad Inarcassa che, al momento dell’adesione stessa, risultino già in copertura ai sensi del Piano Sanitario Base. Resta fermo che non possono aderire alla presente Polizza i pensionati non iscritti ad Inarcassa quand’anche coperti dal Piano Sanitario Base.

L’adesione è individuale e facoltativa ed ha durata annuale corrispondente all’Anno Assicurativo. Al termine di ciascun Anno Assicurativo, l’iscritto può decidere se rinnovare la copertura per l’anno successivo.

Per effetto dell’adesione, l’Assicurato assume integralmente l’onere economico relativo al pagamento del Premio e beneficia delle Garanzie della presente polizza.

Gli Assicurati beneficiari della presente Polizza possono, su base volontaria e individuale e con riferimento a ciascun Anno Assicurativo, estendere la copertura della Polizza, nei limiti di quanto stabilito nel Contratto, al proprio Nucleo Familiare come previsto dal precedente articolo 19. Per effetto dell’estensione della copertura della Polizza al Nucleo Familiare, l’iscritto assume integralmente l’onere economico del relativo Premio.

### **20.1 - Inclusioni/esclusioni relative agli iscritti e pensionati iscritti ad Inarcassa ed estensioni al Nucleo Familiare**

Per poter aderire alla presente Polizza, l'iscritto deve inviare il modulo di adesione e il consenso al trattamento dei dati personali, debitamente compilati in ogni loro parte e sottoscritti, alla Società, con pagamento contestuale del relativo Premio annuo entro il termine del 28 febbraio di ciascun Anno Assicurativo, essendo inteso che la mancata adesione entro tale data comporta l'impossibilità di aderire per l'annualità assicurativa in corso del Piano Sanitario Integrativo e fino alla successiva scadenza di annualità assicurativa.

L'estensione della copertura della Polizza ai componenti del Nucleo Familiare deve avvenire contestualmente all'adesione dell'iscritto alla Polizza mediante inserimento dei relativi dati nel modulo di adesione. Una volta che l'Assicurato avrà aderito alla Polizza, non sarà più possibile effettuare l'estensione della copertura della Polizza ai detti familiari per il medesimo Anno Assicurativo.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla Società.

La copertura della Polizza avrà, in tal caso, decorrenza dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui la Società ha ricevuto la comunicazione di estensione e a condizione che sia stato pagato il relativo Premio e cesserà alle ore 24:00 del 31 dicembre dell'Anno Assicurativo in corso. Il Premio dovuto per tale estensione sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano dalla decorrenza dell'estensione alla scadenza del Contratto.

Nel caso in cui, nel corso dell'Anno Assicurativo, venga a cessare, in capo all'Assicurato, la qualifica di iscritto ad Inarcassa, le Garanzie per lo stesso e per il Nucleo Familiare al quale sia stata estesa la copertura della Polizza vengono mantenute sino alla scadenza dell'Anno Assicurativo.

### **20.2 – Inclusioni relative ai neoiscritti e dei loro familiari**

Per poter aderire alla presente Polizza, il neoiscritto deve inviare il modulo di adesione in Allegato e il consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati in ogni loro parte e sottoscritti, con le seguenti modalità con pagamento contestuale del relativo Premio annuo entro la fine del mese successivo a quello della notifica di iscrizione, essendo inteso che la mancata adesione entro tale data comporta l'impossibilità di aderire per l'annualità assicurativa in corso del Piano Sanitario Base e fino alla successiva scadenza di annualità assicurativa.

La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio e cesserà alle ore 24.00 del 31 dicembre. Il Premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi dell'Anno assicurativo in corso quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Contratto a partire dal mese successivo a quello in cui il neo-iscritto ha comunicato l'adesione.

L'estensione della copertura della Polizza ai componenti del Nucleo Familiare da parte del neo-iscritto deve avvenire contestualmente all'adesione del neo-iscritto alla Polizza mediante inserimento dei relativi dati nel modulo di adesione e con le ulteriori modalità di cui al precedente paragrafo A.1. Una volta che l'Assicurato abbia aderito alla Polizza, non sarà più possibile effettuare l'estensione della copertura della Polizza ai detti familiari. Anche per questi familiari, la copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio e cesserà alle ore 24.00 del 31 dicembre, e il Premio per l'estensione della copertura sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi dell'Anno assicurativo in corso che mancano alla scadenza del Contratto.

L'estensione della copertura della Polizza al Nucleo Familiare da parte del neo-iscritto in un momento successivo alla sua adesione alla Polizza è consentita solamente nel caso di variazione in corso d'Anno Assicurativo del Nucleo Familiare per modifiche nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla società.

La copertura della Polizza avrà, in tal caso, decorrenza dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui la Società ha ricevuto la comunicazione di estensione e a condizione che sia stato pagato il relativo Premio e cesserà alle ore 24:00 del 31 dicembre dell'Anno Assicurativo in corso. Il Premio dovuto per tale estensione sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano dalla decorrenza dell'estensione alla scadenza del Contratto.

### **Art. 21 – Dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 c.c..

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione di alcun questionario sanitario assuntivo.

## **Art. 22 – Decorrenza e durata**

### **22.1 – Decorrenza delle Garanzie**

Anche in deroga all'art. 1901 cc, le Garanzie di cui alla presente Polizza operano con decorrenza dalle ore 00:00 del 01 gennaio e fino alle ore 24:00 del 31 dicembre per tutti gli Assicurati (ivi inclusi i componenti del Nucleo Familiare in caso di estensione contestuale delle Garanzie) che vi aderiscano entro il 28 febbraio del medesimo Anno Assicurativo, sempre che a tale data sia stato interamente versato il Premio dovuto. In tal caso, la copertura decorre in forma rimborsuale secondo il regime dell'assistenza indiretta dalle ore 00:00 del 01 gennaio mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di Assistenza Diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso del Premio da parte della Società. Resta salvo quanto indicato al precedente art. 20, commi 1 e 2, per i casi di adesione dei neo-iscritti e/o di estensione delle coperture della Polizza al Nucleo Familiare successive al 28 febbraio.

### **22.2 – Termini di Aspettativa**

Le Garanzie operano senza soluzione di continuità con le precedenti polizze sanitarie integrative in Convenzione con Inarcassa sottoscritte dagli Assicurati per le precedenti annualità assicurative. In tal caso, non trovano applicazione i Termini di Aspettativa.

Limitatamente agli Assicurati che aderiscono per la prima volta alla Polizza nell'ambito della Convenzione, le Garanzie decorrono dalle ore 24:00:

- del giorno di efficacia dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di efficacia dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 300° giorno successivo a quello di efficacia dell'Assicurazione per il parto e le Malattie da puerperio.

### **22.3 – Durata dell'Assicurazione**

La durata dell'Assicurazione è correlata a quella del Piano Sanitario Base a cui è indissolubilmente connessa. In caso di cessazione anticipata del Piano Sanitario Base, l'adesione alla Polizza cessa alla scadenza dell'Anno Assicurativo in corso senza possibilità di rinnovo dell'adesione.

L'Assicuratore, in deroga all'art. 1898 c.c., non può recedere dal Contratto.

### **22.4 – Prosecuzione della Garanzia oltre la scadenza**

Per eventi occorsi in vigenza di polizza, le Garanzie sono operanti anche successivamente alla scadenza della polizza stessa ed entro i suoi limiti e massimali, anche per le spese ad essi connessi rimborsabili ai termini di Polizza ai sensi dell'art. 3.

## **Art. 23 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione vale per il mondo intero. Gli assicurati residenti all'estero saranno ammessi in copertura esclusivamente nel caso in cui la Società sia autorizzata ad operare nel paese estero di residenza.

## **Art. 24 – Esclusioni**

L'Assicurazione non è operante per:

1. le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione purché non si sia registrata alcuna interruzione nella copertura e alla data di riadesione nel caso di interruzione nella stessa;
2. le conseguenze di Infortuni sofferti prima della decorrenza della Polizza;
3. eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 5 diottrie oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
4. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
5. gli Infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le Malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
6. gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale e le relative prove di allenamento;
7. gli Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;



8. le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di Infortuni o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
9. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), e l'esposizione a radiazioni ionizzanti, a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
10. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
11. le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
12. i Ricoveri per Malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorchè qualificate come cliniche o istituti di cura.
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
14. le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
15. AIDS e patologie correlate all'AIDS.

**Art. 25 – Limiti di età**

Per gli Assicurati di cui all'art. 1 non è previsto alcun limite di età.

**Art. 26 – Modifiche dell'Assicurazione**

Eventuali modifiche al presente Contratto dovranno essere approvate da Inarcassa e dalla Società mediante atto scritto da esse sottoscritto, fermo restando che nessuna modifica potrà essere concordata al di fuori di quelle consentite e disciplinate dal codice dei contratti pubblici.

**Art. 27 - Rinuncia alla surroga**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surroga prevista dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili.

**Art. 28 – Commissione Tecnica**

L'Assicuratore e Inarcassa procederanno alla costituzione di una commissione ("Commissione Tecnica") composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall'Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l'Assicuratore.

Fermo restando il diritto di avvalersi di ogni rimedio e azione previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari applicabili, l'Assicurato potrà richiedere, per il tramite di Inarcassa, che sia sottoposta alla Commissione Tecnica la risoluzione amministrativa di problematiche relative a controversie sull'interpretazione di clausole contrattuali della Polizza e di particolari sinistri oggetto di rifiuto, contestazione o ritardo. Le valutazioni rese dalla Commissione Tecnica devono essere recepite dalla Compagnia nella gestione dello specifico sinistro sottoposto alla Commissione.

**Art. 29 – Assicurazione presso diversi Assicuratori**

L'Assicurato deve comunicare all'Assicuratore l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente Polizza, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1910 c.c., fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro.

**Art. 30 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Società, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza.

**Art. 31 – Legittimazione alla partecipazione ai giudizi**

Inarcassa non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'Indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'Assicurato e all'Assicuratore.

**Art. 32 - Mediazione, risoluzione delle controversie e foro competente**

Per la risoluzione di eventuali controversie relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente Contratto, il foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto. Per le controversie relative al Contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al precedente paragrafo (artt. 4 e 5 D. Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

**Art. 33 – Prescrizione**

Ai sensi dell'art. 2952 cc I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**Art. 34 – Interpretazione della Polizza**

Si conviene che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto previsto dalle condizioni tutte di Polizza.

**Art. 35 – Legge applicabile. Rinvio alle norme di legge**

Il Contratto è soggetto alla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente previsto o derogato dalla presente Polizza, trovano applicazione le norme previste dall'ordinamento giuridico italiano.

*Assistenza per la Salute*

**800 954 450**

*dall'Italia*

**+39 011 742 5521**

*dall'estero*

*dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì alla domenica*

*24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per le prestazioni di assistenza*

[assistenza.inarcassa@blueassistance.it](mailto:assistenza.inarcassa@blueassistance.it)

La Società

L'Assicurato