
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

POLIZZA N. 2021/05/2999892

CONTRAENTE

Cassa per l'Assistenza integrativa del
personale non dirigente di Italiaonline

DURATA DELL'ASSICURAZIONE

dalle ore 24:00 del 31/12/2025
alle ore 24:00 del 31/12/2027



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

GLOSSARIO	5
CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	11
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	11
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	11
1.3 DURATA DEL CONTRATTO	11
1.4 TACITO RINNOVO	11
1.5 PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI - PERIODO ASSICURATIVO	11
1.6 PREMIO	11
1.7 REGOLAZIONE PREMIO	12
1.8 ESCLUSIONI IN CORSO D'ANNO	12
1.9 TERMINI DI CARENZE	13
1.10 CAMBIO PACCHETTO	13
1.11 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	13
1.12 OBBLIGHI DI CONSEGNA DOCUMENTALE A CARICO DEL CONTRAENTE	13
1.13 ONERI FISCALI	13
1.14 FORO COMPETENTE	13
1.15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	14
1.16 COASSICURAZIONE E DELEGA	14
2 CHI ASSICURIAMO	15
2.1 PERSONE ASSICURATE	15
3. RIMBORSO SPESE MEDICHE	16
SEZIONE I - ASSOCIATO ATTIVO	16
A) OSPEDALIERE	16
B) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)	17
C) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	18
C.1 PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA	18
C.2 CURE DENTARIE	19
C.3 PREVENZIONE	20
C.4 TERAPIE PER MALATTIE ONCOLOGICHE	20
C.5 INDENNITÀ PER MALATTIA ONCOLOGICA	21
C.6 PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA	21
SEZIONE II - ASSOCIATO IN QUIESCENZA	22
D) OSPEDALIERE	22
E) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)	23
F) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	24

INDICE

C.1 PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA	24
C.2 CURE DENTARIE	25
C.3 PREVENZIONE	26
C.4 TERAPIE PER MALATTIE ONCOLOGICHE	26
C.5 INDENNITA' PER MALATTIA ONCOLOGICA	26
C.6 PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA	27
4 ESTENSIONI DI GARANZIA.....	28
5. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	29
5.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	29
5.2 LIMITI DI ETÀ	29
5.3 PERSONE NON ASSICURABILI	29
6. COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	30
6.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	30
6.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON	30
BLUE ASSISTANCE.....	30
6.3 RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD	31
6.4 PRESTAZIONI A RIMBORSO	31
6.6. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	32
6.7 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE	32
6.8 COMMISSIONE DI GARANZIA	33
6.9 RECLAMI	33
6.10 DATA DEL SINISTRO/EVENTO	33
6.11 CLAUSOLA BROKER	33
Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo.....	35
LIVELLI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI DENTARIE - ASSOCIATO ATTIVO.....	38
Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza.....	44
LIVELLI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI DENTARIE - ASSOCIATO IN QUIESCENZA	47

GLOSSARIO

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSOCIATO

Aziende associate alla Cassa

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BROKER:

Intermediario di Assicurazione

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Reale Mutua:

- alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le strutture sanitarie e con i medici chirurghi;
- alla liquidazione dei sinistri

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, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CENTRI ODONTOIATRICI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'Assicurato può fruire delle prestazioni mediche previste dalla polizza, rese necessarie dal Suo stato di salute.

CENTRO MEDICO

struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri

CONTRAENTE

Cassa per l'Assistenza integrativa del personale non dirigente di Italiaonline, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

DATA DEL SINISTRO / EVENTO

per i ricoveri s'intende il giorno di ingresso in istituto di cura o il giorno dell'intervento chirurgico; a tale data fanno riferimento tutte le spese connesse al sinistro/evento (precedenti al ricovero/intervento, durante il ricovero/intervento e successive al ricovero/intervento). Per le prestazioni Extraricovero la data della prima prestazione sanitaria erogata inviate contemporaneamente.

DIFETTO FISICO:

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

ESTERO

Gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

INTERVENTO CHIRURGICO CONCOMITANTE

qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

INFORTUNIO

evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusive lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

INTERVENTO AMBULATORIALE

Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

INTRAMOENIA

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

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

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera

LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO/INDIRETTA

L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso a Blue Assistance.

Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nella Scheda Riepilogativa, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA

Reale Mutua paga direttamente - senza anticipo di spesa da parte dell'Assicurato - alla struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto le spese sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti/franchigie indicati nella Scheda Riepilogativa, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto.

LUNGODEGENZA

ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

MALATTIA

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

MALATTIA MENTALE

tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

NETWORK

Rete convenzionata di Blue Assistance., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.blueassistance.it.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, Reale Mutua presta la garanzia. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare.

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.

NUCLEO FAMILIARE

Per nucleo familiare del Dipendente si intende quello composto da: Coniuge fiscalmente a carico, figli fiscalmente a carico.

OPTOMETRISTA

Professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

SCHEDA RIEPILOGATIVA

Insieme di garanzie e di prestazioni acquistabili dal Contraente e operanti fino alla concorrenza di massimali/sottomassimali e limiti di indennizzo precosituiti.

La Scheda Riepilogativa costituisce parte integrante del contratto e definisce, per tutti gli Assicurati, l'insieme delle prestazioni effettivamente operanti.

PARTI

Il Contraente e Reale Mutua.

POLIZZA

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

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente a Reale Mutua.

PRONTO SOCCORSO

Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di infortunio e/o malattia.

PROTESI ACUSTICA (APPARECCHIO ACUSTICO)

E' un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica

PROTESI ORTOPEDICHE

Sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

RECLAMO

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un intermediario, relativa

ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

RICOVERO IMPROPRIO

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente

RIMBORSO/INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

SCOPERTO

La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'indennizzo o il rimborso ovvero l'attivazione della prestazione in forma diretta.

SOCIETÀ

La Società Reale Mutua di Assicurazioni, di seguito definita Reale Mutua.

SOTTOMASSIMALE

La spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CDA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

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 e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.blueassistance.it.

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

TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI

Test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

TERMINI DI CARENZA

Il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza della polizza (o il successivo ingresso in copertura) e l'inizio della garanzia.

TRATTAMENTO DI FISIOTERAPIA

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o più apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapia conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge. Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

VISITA SPECIALISTICA

la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di carenza previsti dal presente contratto, 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 dalle ore 24 del giorno di pagamento dello stesso.

1.3 DURATA DEL CONTRATTO

Fermo quanto previsto dal precedente punto 1.2, l'assicurazione ha effetto dalla data indicata nel modulo di polizza alla voce "Decorrenza contratto" e termina alla data indicata alla voce "Scadenza contratto".

Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni, dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2025 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 45° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione.

Resta inteso che, nell'ipotesi di scioglimento della Cassa IOL per una o più delle cause indicate all'Art. 20 del relativo Statuto, durante il periodo di vigenza della Polizza, la copertura assicurativa manterrà la sua piena ed incondizionata efficacia fino al termine dell'annualità assicurativa in cui si è prodotto lo scioglimento.

A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo:

- qualora lo scioglimento dovesse intervenire in una qualsiasi data nel corso dell'anno 2026, la copertura cesserà inderogabilmente alle ore 24:00 del 31/12/2026;

- qualora lo scioglimento dovesse intervenire in una qualsiasi data nel corso dell'anno 2027, la copertura cesserà alla sua naturale scadenza contrattuale, fissata per le ore 24:00 del 31/12/2027.

Si conviene inoltre che, al verificarsi dell'ipotesi di cui al presente articolo, non sarà in alcun caso consentito il recesso anticipato dalla Polizza da parte di una o più categorie di assicurati.

1.4 TACITO RINNOVO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni con decorrenza dalle ore 24.00 del 31/12/2025 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2027. Non è previsto il tacito rinnovo, dunque il contratto cesserà in data 31/12/2027 senza necessità di disdetta.

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

1.5 PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI - PERIODO ASSICURATIVO

I documenti di polizza costituiscono la prova delle condizioni che regolano i rapporti fra le Parti.

Qualunque variazione dell'assicurazione deve risultare da atto scritto. Ciascun periodo assicurativo, di regola, è stabilito nella durata di un anno; il primo periodo assicurativo può avere durata inferiore all'anno (rateo), fermo quanto indicato ai punti 1.5 e 1.6.

1.6 PREMIO

Il premio annuale per singolo associato è indicato nella Scheda Riassuntiva.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, prevede un frazionamento trimestrale anticipato come riportato sul certificato di polizza.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario, secondo la seguente rateazione:

- per la prima annualità (2026):

1° rata: entro e non oltre il 25/01/2026;

2° rata: entro e non oltre il 25/06/2026;

3° rata: entro e non oltre il 25/10/2026

- per la seconda annualità (2027):

1° rata: entro e non oltre il 25/01/2027;

2° rata: entro e non oltre il 25/06/2027;

3° rata: entro e non oltre il 25/10/2027

L'anagrafica provvisoria dovrà pervenire alla Società entro 30 gg precedenti alla data di decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

L'anagrafica definitiva dovrà pervenire alla Società entro 90 giorni successivi alla decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

1.7 REGOLAZIONE PREMIO

Fermo rimanendo quanto previsto in relazione alle anagrafiche provvisorie dal precedente art. 1.5 "Premio", entro il terzo mese successivo alla decorrenza, a seguito del ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla società sulla base delle anagrafiche definitive alla data di decorrenza. Entro 15 giorni precedenti la scadenza delle singole quietanze per le rate di premio dovute, si procederà contestualmente alla consegna della regolazione contabile del premio in conseguenza delle inclusioni, dei passaggi e delle esclusioni avvenuti nel corso del periodo di copertura trascorso.

Il versamento alla Società del premio relativo alla regolazione dovrà essere effettuato entro 60 giorni dalla ricezione del documento.

Nuove assunzioni, promozioni:

Per l'inclusione in corso d'anno dovuta ad acquisizione dei diritti dell'Assicurato per l'iscrizione alla Contraente (nuova assunzione, promozione) il premio sarà calcolato come segue:

- Nel caso di ingressi avvenuti nel corso del primo semestre premio al 100%
- Nel caso di ingressi avvenuti nel corso del secondo semestre premio al 50%

La comunicazione alla Società delle inclusioni deve avvenire entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento: in difetto l'assicurazione entrerà in vigore dalle 00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente a seguito di matrimonio, nuovo nato per familiari a carico come soggetti per i quali si ha diritto alla detrazione per carichi fiscali, il premio sarà calcolato come segue:

- Nel caso di ingressi avvenuti nel corso del primo semestre premio al 100%
- Nel caso di ingressi avvenuti nel corso del secondo semestre premio al 50%

La comunicazione alla Società delle inclusioni deve avvenire entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento (a titolo esemplificativo dalla nascita del figlio): qualora la comunicazione avvenga nel termine indicato, la copertura assicurativa è operativa, nei confronti dei familiari inclusi, dal momento in cui questi sono diventati a carico del titolare della copertura; qualora, invece, il termine non venga rispettato, l'assicurazione nei confronti dei familiari inclusi è operativa dalle ore 00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico di un familiare assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sui premi per il residuo periodo del medesimo anno assicurativo.

1.8 ESCLUSIONI IN CORSO D'ANNO

In caso di esclusione di Assicurati in corso d'anno la copertura è operante fino alla data di cessazione comunicata

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

dall'Azienda Associata. Il premio viene calcolato come segue con regolazioni nelle singole rate:

- Nel caso di uscite avvenute nel corso del primo semestre rimborso del premio del 50% al netto delle imposte
- Nel caso di uscite avvenute nel corso del primo semestre rimborso del premio del 25% al netto delle imposte

In caso di aumento del numero di nuclei assicurati il Contraente è tenuto a pagare la rata di rinnovo (31/01 - 31/06 - 31/10) aumentata in relazione allo stato del rischio comunicato in corsod'anno e/o al termine dell'annualità assicurativa.

1.9 TERMINI DI CARENZE

La polizza non prevede periodi di carenze (nei quali la copertura non è attiva).

1.10 CAMBIO PACCHETTO

E' disponibile la possibilità di adeguare le prestazioni in corso di durata contrattuale, tramite richiesta aziendale di adesione ad un pacchetto superiore a quello in essere, a condizioni da definire con la Società.

La nuova copertura avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di accettazione da parte della Società alla citata richiesta, ed il contributo da versare sarà il pro-rata mensile della differenza fra il contributo del pacchetto precedente e quello nuovo, mentre i limiti ed i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento del nuovo pacchetto saranno determinati calcolando la differenza tra quelli previsti in Convenzione per la nuova copertura e quanto già consumato da ciascun Assicurato nella copertura precedente.

1.11 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate da Reale Mutua, a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o fusione con altra impresa.

1.12 OBBLIGHI DI CONSEGNA DOCUMENTALE A CARICO DEL CONTRAENTE

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato i seguenti documenti:

- o Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali);
- o Condizioni di Assicurazione;
- o Una copia dell'Informativa Privacy, sottoscritta dall'Assicurato, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

1.13 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipula della polizza.

1.14 FORO COMPETENTE

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata: per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società. per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

1.15 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non regolato alla presente polizza, valgono le norme di legge.

1.16 COASSICURAZIONE E DELEGA

Il presente contratto di assicurazione è assunto in coassicurazione con Poste Assicura, alle percentuali indicate nell'apposito documento allegato.

Le Parti contraenti convengono di affidare la delega a Reale Mutua. Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti dalla Contraente unicamente nei confronti della Compagnia delegataria, la quale dovrà informare la Compagnia Coassicuratrice.

Questa sarà tenuta a riconoscere validi ed efficaci anche nei propri riguardi tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, sia per quanto concerne l'applicazione ed esazione dei premi, sia per la liquidazione dei danni.

La Compagnia Coassicuratrice concorrerà al pagamento del risarcimento liquidato soltanto in proporzione della rispettiva quota, senza vincolo solidale, anche qualora il contratto sottoscritto sia unico e pur se la polizza è stata firmata dalla sola Delegataria anche per conto della Coassicuratrice.

2 CHI ASSICURIAMO

2.1 PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore di Assicurati associati alla Cassa per l'assistenza Integrativa del personale non dirigente di Italiaonline, nonché dei relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare.

I figli di dipendenti della stessa Azienda coniugati dovranno essere inseriti in copertura esclusivamente nel nucleo del coniuge o convivente con l'età anagrafica maggiore tra i due.

Nel caso in cui entrambi i coniugi siano dipendenti della stessa Azienda e titolari del piano sanitario, non potranno anche essere inseriti con la qualifica di familiare nel nucleo del rispettivo coniuge.

E' prevista obbligatoriamente l'adesione di tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

3. RIMBORSO SPESE MEDICHE

Reale Mutua presta le garanzie e le prestazioni riportate nella Scheda Riepilogativa, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione, caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture.

SEZIONE I - ASSOCIATO ATTIVO

A) OSPEDALIERE

1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale, Day Hospital

La Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi compresi apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);

2) Analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici (compresi onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti la data del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero. La presente garanzia non è operante in caso di Day Hospital;

3) Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, sostenuti durante il periodo del ricovero;

4) prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

5) Trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio, effettuati e fatturati dall'istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista, che abbia richiesto intervento chirurgico o ricovero, quest'ultimo se pari o superiore a 4 giorni effettuati nei 90 giorni successivi all'intervento o dal ricovero. La presente garanzia non è operante in caso di Day Hospital;

6) Rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)

7) Day Hospital, comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia o infortunio, escluso il controllo.

8) Spese per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di malattia od infortunio, che abbiano reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, fino al limite di € 1.100,00 per anno e per persona, con applicazione di uno scoperto del 20% sulle spese sostenute. Non sono compresi i rimborsi relativi alle spese di riparazione o sostituzione per vetustà o ammodernamento degli apparecchi stessi; sono in ogni caso esclusi i rimborsi delle spese per protesi dentarie, ortodontiche e oculistiche previste, comunque, nel successivo punto C.

9) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 78,00 e con un massimo di 30 giorni per anno e per persona, elevate ad € 130,00 in caso di ricovero all'estero;

10) le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasposto dell'Assicurato all'istituto di cura o ospedale in ambulanza, in Italia e all'estero, con un massimo di € 550,00 per anno e per persona;

11) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura o ospedale con altri mezzi sanitariamente attrezzati, in Italia ed all'estero, con un massimo di

RIMBORSO SPESE MEDICHE

€ 1.100,00 per anno e per persona;

Si precisa che relativamente ai soli ricoveri senza intervento chirurgico si conviene che non saranno ammessi risarcimenti per ricoveri con durata pari o inferiore a 3 giorni, pertanto i ricoveri con durata superiore a 3 giorni si intenderanno completamente indennizzabili.

Sono inoltre compresi negli interventi chirurgici:

- o Parto Cesareo e aborto terapeutico, aborto spontaneo o post-traumatico comportanti il ricovero
- o Interventi in regime di Day Hospital
- o Interventi ambulatoriali
- o Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- o Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:
- o In casi di anisometropia superiore a 3 diottrie;
- o In caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio

Limite di € 1.000,00 per occhio solo per prestazioni effettuate fuori dal network con applicazione di uno scoperto del 20%

B) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

Trasformabilità della prestazione Qualora le spese inerenti all'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio sanitario Nazionale le prestazioni previste dal precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 80,00 giornaliere, fino ad un massimo di 90 giorni per persona e per evento. Nel caso in cui il ricovero sia senza intervento chirurgico, l'indennità sarà soggetta ad una franchigia di tre giorni.

Oltre la corresponsione - nei casi di cui sopra - della indennità per ogni giorno di ricovero, l'Assicurazione copre anche le spese, debitamente documentate sostenute a titolo di: trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato nonché effettuati e fatturati dall'istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A" E "B"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 250.000,00 da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A" verrà effettuato come segue:

- o nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta):
 - Ricovero con intervento e Day Hospital con intervento: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.500 per evento
 - Ricovero senza intervento e Day Hospital senza intervento: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.500 per evento
 - Interventi ambulatoriali: non è applicato alcuno scoperto o franchigia
- o nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale):

RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Ricovero con intervento e Day Hospital con intervento: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 2.500 per evento
- Ricovero senza intervento e Day Hospital senza intervento: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 2.500 per evento
- Interventi ambulatoriali: verrà applicato uno scoperto del 20% per evento

La copertura non è prestata in caso di ricorso al regime misto (Strutture sanitarie convenzionate con il Network Blue Assistance e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance).

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale

C) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

C.1 PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie non effettuate durante il ricovero in istituto di cura e purché rese necessarie da malattia o infortunio:

- o Onorari per visite specialistiche con esclusione di quelle pediatriche;
- o Prestazioni di agopuntura effettuate da medico chirurgo regolarmente iscritto all'Albo dei medici chirurghi;
- o Visite omeopatiche effettuate da medico chirurgo regolarmente iscritto all'Albo dei medici chirurghi

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato: nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 10% per evento;

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 55 per evento nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%.

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie non effettuate durante il ricovero in istituto di cura e purché rese necessarie da malattia o infortunio:

- o Analisi di laboratorio ed esami diagnostici

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato: nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 10% col minimo di € 30 per evento;

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 55 per evento nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%.

o Trattamenti Fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o malattia

La Società rimborsa anche le spese relative Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi , fino all'concorrenza della somma di € 500,00 per anno e per persona.

Le prestazioni potranno ESSERE EFFETTUATE E FATTURATE dall'Istituto di Cura, da uno Studio Medico, da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapia conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine della cura.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato: nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 10% per evento;

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 55 per evento nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al100%.

o Lenti

La Società rimborsa anche le spese relative alle lenti, comprese quelle a contatto ad esclusione delle montature, fino all'concorrenza della somma di € 270,00 per anno e per persona. Tale somma limitatamente alle malattie: cheratocono, glaucoma, miopia grave pari o superiore a 6/10 o a seguito di intervento chirurgico, viene elevato a € 600,00.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico (come da D.Lgs del 24.02.97 n. 46), copia del visus attuale e precedente, in mancanza del visus precedente è possibile presentare certificazione dell'oculista o optometrista regolarmente abilitato indicante la gradazione lenti da sostituire.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato applicando uno scoperto del 20% col minimo di € 16,00.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 2.300,00 per anno e per persona.

C.2 CURE DENTARIE

Cure dentarie ed ortodontiche elencate nell'allegato "Tariffario delle prestazioni dentarie". Il tariffario delle

RIMBORSO SPESE MEDICHE

prestazioni dentarie dovrebbe essere esaustivo, ma considerata la continua e rapida evoluzione della medicina e chirurgia, qualora la prestazione effettuata non fosse prevista tra le voci del tariffario, il rimborso dovuto verrà stabilito con criterio analogico, in riferimento al più simile - per tipo di patologia e tecnica medico / chirurgica utilizzata - delle prestazioni elencate.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 2.300,00 a persona condiviso con il punto C.1.

Sono previsti i seguenti sotto-limiti:

- € 1.700,00 per anno assicurativo e per persona per le prestazioni effettuate presso studi dentistici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) con la Società con sottolimiti pari ad € 1.350,00 per anno assicurativo e per persona per le prestazioni effettuate presso medici non convenzionati con la Società, ed € 800,00 per anno assicurativo e per persona relativamente alle prestazioni di implantologia;
- € 700,00 per anno assicurativo e per persona relativamente alle prestazioni di "ortognatodonzia".

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicata uno scoperto del 20% per evento e con una franchigia unica annuale a carico dell'Assicurato di € 70,00 ad eccezione delle cure di prevenzione che saranno rimborsate interamente senza alcuno scoperto o franchigia;

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il NetworkBlue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 40% col minimo di € 200,00.

nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al100%.

C.3 PREVENZIONE

accertamenti diagnostici a scopo preventivo e cioè:

DONNA

- o Visita specialistica ginecologica
- o un esame mammografico;
- o esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
- o colposcopia e striscio;
- o ecografia pelvica;
- o ecografia mammaria;
- o elettrocardiogramma;
- o visita cardiologica;
- o RX torace.

UOMO

- o Visita specialistica urologica
- o PSA
- o elettrocardiogramma;

RIMBORSO SPESE MEDICHE

- o visita cardiologica
- o RX torace;

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato è pari a € 120,00 a persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Qualora l'Assicurato si sia avvalso dell'Assistenza Sanitaria Sociale, in forma diretta o indiretta, la Società rimborserà le spese eccedenti, sostenute proprio dall'Assicurato, entro i limiti previsti da ciascuna garanzia.

C.4 TERAPIE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

Sono riconosciute le spese sostenute per terapie per malattie oncologiche e cardiologiche, per queste ultime solo se con intervento

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €7.500,00 per persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato senza applicazione di scoperti o franchigie

C.5 INDENNITA' PER MALATTIA ONCOLOGICA

Indennità per malattia oncologica a valere per gli Assicurati con età inferiore ai 60 anni. Qualora l'Assicurato venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica maligna (caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale), che richiede ricovero, la Società corrisponde una somma pari a € 1.000,00. La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi - comprovata da certificazione medica e cartella clinica - sia successiva alla data effetto del contratto o successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assicurato. Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata della polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti. La garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assicurato alla data di richiesta dell'indennizzo.

C.6 PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in ambito di strutture Intramoenia (v. GLOSSARIO) al di fuori delle convenzioni con il Network, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente polizza per le prestazioni private.

SEZIONE II - ASSOCIATO IN QUIESCENZA

D) OSPEDALIERE

- 1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale, Day Hospital

La Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

- 1) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi compresi apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento);
- 2) Analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici (compresi onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti la data del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero. La presente garanzia non è operante in caso di Day Hospital;
- 3) Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, sostenuti durante il periodo del ricovero;
- 4) prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;
- 5) Trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio, effettuati e fatturati dall'istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista, che abbia richiesto intervento chirurgico o ricovero, quest'ultimo se pari o superiore a 4 giorni effettuati nei 90 giorni successivi all'intervento o dal ricovero. La presente garanzia non è operante in caso di Day Hospital;
- 6) Rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) al 100% in network (regime di assistenza diretta), massimo € 150,00 al giorno fuori network (regime rimborsuale)
- 7) Day Hospital, comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia o infortunio, escluso il controllo.
- 8) Spese per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di malattia od infortunio, che abbiano reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, fino al limite di € 1.100,00 per anno e per persona, con applicazione di uno scoperto del 20% sulle spese sostenute. Non sono compresi i rimborsi relativi alle spese di riparazione o sostituzione per vetustà o ammodernamento degli apparecchi stessi; sono in ogni caso esclusi i rimborsi delle spese per protesi dentarie, ortodontiche e oculistiche previste, comunque, nel successivo punto C.
- 9) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 78,00 e con un massimo di 30 giorni per anno e per persona, elevate ad € 130,00 in caso di ricovero all'estero;
- 10) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura o ospedale in ambulanza, in Italia e all'estero, con un massimo di € 550,00 per anno e per persona;
- 11) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura o ospedale con altri mezzi sanitariamente attrezzati, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 1.100,00 per anno e per persona;

Si precisa che relativamente ai soli ricoveri senza intervento chirurgico si conviene che non saranno ammessi risarcimenti per ricoveri con durata pari o inferiore a 3 giorni, pertanto i ricoveri con durata superiore a 3 giorni

RIMBORSO SPESE MEDICHE

si intenderanno completamente indennizzabili.

Sono inoltre compresi negli interventi chirurgici:

- o Parto Cesareo e aborto terapeutico, aborto spontaneo o post-traumatico comportanti il ricovero
- o Interventi in regime di Day Hospital
- o Interventi ambulatoriali
- o Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- o Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:
- o In casi di anisometropia superiore a 3 diottrie;
- o In caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio

Limite di € 1.000,00 alle seguenti condizioni:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta): senza nessuno scoperto o franchigia
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale): scoperto 20%

E) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

Trasformabilità della prestazione Qualora le spese inerenti all'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio sanitario Nazionale le prestazioni previste dal precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 80,00 giornalieri, fino ad un massimo di 90 giorni per persona e per evento. Nel caso in cui il ricovero sia senza intervento chirurgico, l'indennità sarà soggetta ad una franchigia di tre giorni.

Oltre la corresponsione- nei casi di cui sopra - della indennità per ogni giorno di ricovero, l'Assicurazione copre anche le spese, debitamente documentate sostenute a titolo di: trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato nonché effettuati e fatturati dall'istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A" E "B"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 250.000,00 da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per persona. Sono previsti i seguenti sottolimiti:

- per i gli interventi chirurgici (anche se svolti in regime di day surgery o intervento ambulatoriale) riportati in Allegato 3 (Elenco interventi chirurgici plafonati), si intendono operanti i limiti massimi di rimborso ivi indicati;
- per i ricoveri senza intervento chirurgico o in day hospital, si intende operante un limite di rimborso di € 10.000,00 per evento.

Si intendono sempre operanti le franchigie e gli scoperti riportati al paragrafo FRANCHIGIE E SCOPERTI che segue.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A" verrà effettuato come segue:

- o nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta):

ESTENSIONE DI GARANZIA

- Ricovero con intervento: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 2.500 per evento
- Day Hospital con intervento: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.500 per evento
- Ricovero senza intervento: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 2.500 per evento
- Day Hospital senza intervento: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 1.500 per evento
- Interventi ambulatoriali: verrà applicato uno scoperto del 20% con un minimo di € 300 per evento
- o nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale):
 - Ricovero con intervento: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 3.500 per evento
 - Day Hospital con intervento: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 2.500 per evento
 - Ricovero senza intervento: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 3.500 per evento
 - Day Hospital senza intervento: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 2.500 per evento
 - Interventi ambulatoriali: verrà applicato uno scoperto del 30% con un minimo di € 400 per evento

La copertura non è prestata in caso di ricorso al regime misto (Strutture sanitarie convenzionate con il Network Blue Assistance e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance).

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale

F) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

F.1) PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie non effettuate durante il ricovero in istituto di cura e purché rese necessarie da malattia o infortunio:

- o Onorari per visite specialistiche con esclusione di quelle pediatriche;
- o Prestazioni di agopuntura effettuate da medico chirurgo regolarmente iscritto all'Albo dei medici chirurghi;
- o Visite omeopatiche effettuate da medico chirurgo regolarmente iscritto all'Albo dei medici chirurghi

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato: nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 10% con il minimo di € 50 per evento;

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 90 per evento nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%.

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie non effettuate durante il ricovero in istituto di cura e purché rese necessarie da malattia o infortunio:

- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato: nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 60 per evento;

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 110 per evento nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al 100%.

- Lenti

La Società rimborsa anche le spese relative alle lenti, comprese quelle a contatto ad esclusione delle montature, fino all'concorrenza della somma di € 150,00 per anno e per persona.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico (come da D.Lgs del 24.02.97 n. 46), copia del visus attuale e precedente, in mancanza del visus precedente è possibile presentare certificazione dell'oculista o optometrista regolarmente abilitato indicante la gradazione lenti da sostituire.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato senza applicazione di franchigie/scoperti.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 2.200,00 per anno e per persona.

F.2) CURE DENTARIE

Cure dentarie ed ortodontiche elencate nell'allegato "Tariffario delle prestazioni dentarie". Il tariffario delle prestazioni dentarie dovrebbe essere esaustivo, ma considerata la continua e rapida evoluzione della medicina e chirurgia, qualora la prestazione effettuata non fosse prevista tra le voci del tariffario, il rimborso dovuto verrà stabilito con criterio analogico, in riferimento al più simile - per tipo di patologia e tecnica medico / chirurgica utilizzata - delle prestazioni elencate.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 2.200,00 a persona condiviso con il punto .F.2.

Sono previsti i seguenti sotto-limiti:

- € 1.200,00 per anno assicurativo e per persona per le prestazioni effettuate presso studi dentistici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) con la Società con sotto-limiti pari ad € 700,00 per anno assicurativo e per persona per le prestazioni effettuate presso medici non convenzionati con la Società, ed € 500,00 per anno assicurativo e per persona relativamente alle prestazioni di implantologia;
- € 600,00 per anno assicurativo e per persona relativamente alle prestazioni di "ortognatodonzia".

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicata uno scoperto del 20% con un minimo di € 100 per evento, comprese le cure di Prevenzione.

nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il NetworkBlue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 50% col minimo di € 400,00 per evento, comprese le cure di Prevenzione.

nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono rimborsati al100%.

F.3) PREVENZIONE

accertamenti diagnostici a scopo preventivo e cioè:

DONNA

- Visita specialistica ginecologica
- un esame mammografico;
- esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
- colposcopia e striscio;
- ecografia pelvica;
- ecografia mammaria;
- elettrocardiogramma;
- visita cardiologica;
- RX torace.

UOMO

- Visita specialistica urologica
- PSA
- elettrocardiogramma;
- visita cardiologica
- RX torace;

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato è pari a € 120,00 a persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Qualora l'Assicurato si sia avvalso dell'Assistenza Sanitaria Sociale, in forma diretta o indiretta, la Società rimborserà le spese eccedenti, sostenute proprio dall'Assicurato, entro i limiti previsti da ciascuna garanzia.

F.4) TERAPIE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

Sono riconosciute le spese sostenute per terapie per malattie oncologiche e cardiologiche, per queste ultime solo se con intervento

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per

persona.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato senza applicazione di scoperti o franchigie

F.5) INDENNITA' PER MALATTIA ONCOLOGICA

Indennità per malattia oncologica a valere per gli Assicurati con età inferiore ai 60 anni. Qualora l'Assicurato venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica maligna (caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale), che richiede ricovero, la Società corrisponde una somma pari a € 1.000,00. La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi - comprovata da certificazione medica e cartella clinica - sia successiva alla data effetto del contratto o successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assicurato. Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata della polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti. La garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assicurato alla data di richiesta dell'indennizzo.

F.6) PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in ambito di strutture Intramoenia (v. GLOSSARIO) al di fuori delle convenzioni con il Network, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente polizza per le prestazioni private.

4 ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono incluse nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza salvo quanto previsto al successivo art. Delimitazioni dell'Assicurazione casi di non operatività del Piano.

Sono inoltre compresi in garanzia i seguenti eventi:

- Gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati dall'abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- L'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione accidentale delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
- Gli infortuni conseguenti fenomeni naturali, compresi movimenti tellurici, i maremoti, le frane, le valanghe, le slavine
- Gli avvelenamenti o le tossinfezioni cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
- Le patologie (escluso il carbonchio e la malaria) derivanti da morsi di animali e punture di insetti;
- I colpi di sole o di calore;
- Gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandaliche, tumulti popolari, le scommesse, le azioni di dirottamento o pirateria a condizione che la persona assicurata non vi abbia volontariamente preso parte attiva;
- L'exeresi chirurgica di neoformazioni, esclusivamente quale intervento terapeutico;
- La chirurgia refrattiva ed i trattamenti con i laser eccimeri limitatamente a quelli effettuati:
 - In caso di anisometropia superiore a 3 diottrie
 - In caso di deficit visivo pari o superiore alle 5 diottrie per ciascun occhio

5. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non è operante per:

- La cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- Le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- La chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoplasie non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- Le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica (come indicato nel punto A);
- Le prestazioni non corredate dall'indicazione sulla diagnosi;
- La cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- I trattamenti psicoterapici;
- Le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/ o depressive, nonché quelleriferibili ad esaurimento nervoso;
- Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione Assicurata; le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (salvo quanto indicato per la garanzia Diagnostica Preventiva);
- Le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- Ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- Lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

5.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

5.2 LIMITI DI ETÀ

Non ci sono limiti di età massima assicurabile

5.3 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'Art. "DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO",

6. COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

6.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del sinistro. Pertanto, l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo sinistro. Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico.

Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fatture relative al suddetto rimborso. Nel caso sopra citato la presente polizza opererà in via integrativa, e quindi il rimborso avverrà al 100% a fronte della parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica di rimborso prioritariamente richiesta ad altro Fondo o Ente, fino alla concorrenza del massimale previsto dalle specifiche garanzie della presente polizza

6.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato, per effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà accedere alla propria Area Riservata del sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione.

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 riportante la prestazione da effettuare, la diagnosi/quesito diagnostico 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.

Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione", che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione. Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in 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 degli Assicurati

per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- 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, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da Blue Assistance;
- rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa;
- 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 dal contratto;
- qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati esclusivamente per informazioni ai seguenti numeri telefonici:

DALL'ITALIA
800.098.598

DALL'ESTERO
+39 011 74 17 111

6.3 RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato potrà 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.

6.4 PRESTAZIONI A RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

Documentazione medica

- - o Prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.
 - o Documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute) fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.
 - o Cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Nel caso di Indennità Sostitutiva per ricoveri con Intervento è sufficiente la sola scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
 - o Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
 - o Certificato del medico oculista o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione di prime lenti e che necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.2.97 n. 46.

- Copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
- Quant'altro necessario ai fini della corretta valutazione della pratica di rimborso.
- Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

6.6. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria;
- sciogliere 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 o curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

6.7 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

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:

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; mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede 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, 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

6.8 COMMISSIONE DI GARANZIA

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

6.9 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" - Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it

6.10 DATA DEL SINISTRO/EVENTO

Per i ricoveri s'intende il giorno di ingresso in istituto di cura o il giorno dell'intervento chirurgico; a tale data fanno riferimento tutte le spese connesse al sinistro/evento (precedenti al ricovero/intervento, durante il ricovero/intervento e successive al ricovero/intervento). Per le prestazioni Extraricovero la data della prima prestazione sanitaria erogata inviate contemporaneamente.

6.11 CLAUSOLA BROKER

La gestione della presente polizza è affidata a Europa Benefits s.r.l. quale broker di assicurazione. Il

Contraente, gli Assicurati, gli Associati/Aziende Associate e la Società danno atto che tutti i reciproci rapporti inerenti all'esecuzione del presente contratto avverranno tramite il suddetto Intermediario.

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

Piano Sanitario a favore degli Associati Attivi alla CASSA ITALIAONLINE	
AREA OSPEDALIERA	
A) RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO	
Ricovero	<p>Massimale € 250.000 anno/persona</p> <p>Condizioni</p> <p>In rete ricovero con intervento: scoperto 20% minimo € 1.500 ricovero senza intervento: scoperto 20% minimo € 1.500</p> <p>Fuori rete ricovero con intervento: scoperto 30% minimo € 2.500 ricovero senza intervento: scoperto 30% minimo € 2.500</p> <p>Pre/Post 90/90</p> <p>Compresi nei post i trattamenti fisioterapici riabilitativi entro i 90 giorni per ricovero con intervento chirurgico o ricovero, quest'ultimo se pari o > 4 giorni</p> <p>Limite Retta Degenza 100%</p> <p>Minimo giorni per ricovero senza intervento > 3 giorni</p>
Day Hospital	<p>Condizioni</p> <p>In rete Day Hospital con intervento: scoperto 20% minimo € 1.500 Day Hospital senza intervento: scoperto 20% minimo € 1.500</p> <p>Fuori rete Day Hospital con intervento: scoperto 30% minimo € 2.500 Day Hospital senza intervento: scoperto 30% minimo</p>

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

Limite Retta Degenza Pre/Post		€ 2.500
		100% Non previste
Interventi ambulatoriali	Condizioni: In rete Fuori rete	al 100% scoperto 20% 90/90
Pre/Post		
Limite Accompagnatore		In Italia: € 78/gg max 30 giorni All'Estero: € 130/gg max 30giorni
Trasporto		€ 550 con ambulanza, € 1.100 con altri mezzi sanitariamente attrezzati scoperto
Acquisto apparecchi protesici/terapeutici		20% max € 1.100
Interventi per Correzione Vizi di Rifrazione	Condizioni: In rete Fuori rete	100% entro il massimale previsto al punto A Max € 1.000 per occhio - scoperto 20%
B) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) - Trasformabilità dellaprestazione		
Indennità Sostitutiva/TICKET		€ 80 al giorno per max 90 gg. per ricovero Per ricoveri senza intervento franchigia 3 giorni Compresi trattamenti fisioterapici entro i 90 giorni

AREA EXTRAOSPEDALIERA		
C.1) Prestazioni Domiciliari o Ambulatoriali		
Massimale		€ 2.300 anno/persona
Onorari per visite specialistiche , Prestazioni di agopuntura, Visite omeopatiche	Condizioni: In rete Fuori rete	scoperto 10% per evento scoperto 20% min € 55 per evento

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

Analisi di laboratorio ed esami diagnostici	Condizioni: In rete Fuori rete	scoperto 10% min € 30 per evento scoperto 20% min € 55 per evento
<i>Trattamenti Fisioterapici</i>	<i>Sub-massimale</i> Condizioni: In rete Fuori rete	€ 500,00 Scoperto 10% per evento Scoperto 20% min € 55 per evento
Lenti (anche a contatto)	Sub-massimale Condizioni: In rete/Fuori rete Ticket	€ 270 elevabile ad € 600 in casi particolari scoperto 20% min € 16 per evento al 100%
C.2) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE		
Cure dentarie	Massimale Sub-Massimale in rete Sub-massimale fuori rete	Da tariffario (All.1 Livelli indennizzo) € 2.300 condiviso con la garanzia C.1 € 1.700 anno/persona condiviso con C.1 € 1.350 anno/persona (sottolimito di € 1.700)
Implantologia	Sub-Massimale	€ 800 anno/persona (sottolimito di € 1.700/€ 1.350)
Ortognatodonzia	Sub-Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Ticket	€ 700 anno/persona Scoperto 20% con Franchigia annuale € 70 Scoperto 40% minimo € 200 al 100%
C.3) PREVENZIONE		
Diagnostica preventiva	Ticket	€ 120 anno/persona al 100%
PRESTAZIONI ONCOLOGICHE		
C.4) Terapie oncologiche / cardiologiche (solocon intervento)	Ticket	€ 7.500 anno/persona
C.5) Indennità oncologica sotto i 60 anni	Ticket	Al 100% entro il relativo massimale € 1.000

PREMIO ANNUO PER OGNI ASSOCIATO IN SERVIZIO (ASSOCIATO ALLA CASSA, CONIUGE FISCALMENTE A

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo
CARICO, FIGLIO FISCALMENTE A CARICO): € 965,00

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

LIVELLI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI DENTARIE - ASSOCIATO ATTIVO

Le prestazioni vengono liquidate nei limiti del nomenclatore sotto riportato alle seguenti condizioni:

- in rete: scoperto 20% con Franchigia annuale € 70 (non applicabile sulla prevenzione)
- fuori rete: scoperto 40% minimo € 200 per evento
- rimborso ticket al 100%

Descrizione prestazione		IN RETE		FUORIRETE
		%	Costo (1) max Assistito	%
PREVENZIONE				
1.	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo spesa)	100%	-	60%
2.	Visita odontoiatrica periodica o di controllo		-	
3.	Visita odontoiatrica con intervento d'urgenza		-	
4.	Visita odontoiatrica comprensiva di rilievo per impronte per modelli distudio		-	
5.	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi) (sia adulti che bambini)		-	
6.	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) (sia adulti che bambini)		-	
7.	Radiografia endorale (periapicale, oclusale, bitewing), per lastrina		-	
CONSERVATIVA				
8.	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)	80%	€ 13,00	60%
9.	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		€ 16,00	
10.	Sigillatura (per ogni dente)		€ 5,00	
11.	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		€ 6,00	
12.	Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento		€ 22,00	
CHIRURGIA				
13.	Estrazione di dente o radice	80%	€ 10,00	60%
14.	Estrazione di dente in inclusione ossea parziale		€ 18,00	
15.	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale		€ 26,00	
16.	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale radice per elemento dentario		€ 36,00	

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

17	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso		€ 22,00	
18	Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici (ad emiarcata)		€ 36,00	
19	Separazione di radici in dente pluriradicolato (ad elemento)		€ 14,00	
20	Frenulectomia e/o frenoplastica (per arcata)		€ 20,00	
21	Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale		€ 15,00	
22	Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie), per emiarcata		€ 18,00	
23	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti (compresachirurgia resettiva dell'osso alveolare)		€ 25,00	
RADIOLOGIA				
24	Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)		€ 6,00	
25	Fotografia o immagine video endorale (in alternativa ad OPT o RXendorale)	80%	€ 1,00	60%
26	Rx tele cranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali		€ 7,00	
PARODONTOLOGIA				
27	Scaling e root planing, per emiarcata		€ 13,00	
28	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata		€ 36,00	
29	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto, per emiarcata		€ 40,00	
30	Gengivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata)	80%	€ 6,00	60%
31	Gengivectomia, per emiarcata		€ 35,00	
32	Legature dentali extracoronali - splintaggio, per emiarcata		€ 26,00	
33	Rizectomia - per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte (incluso lembo osseo)		€ 20,00	
34	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento		€ 56,00	

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

	completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)			
35	Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		€ 40,00	
ENDODONZIA				
36	Terapia endodontica radicolare monocalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	80%	€18,00	60%
37	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		€30,00	
38	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		€40,00	
39	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali		€20,00	
40	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali		€14,00	
PROTESI				
41	Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata	80%	€ 170,00	60%
42	Protesi totale immediata, per arcata		€ 140,00	
43	Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari, per emiarcata		€80,00	
44	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento		€56,00	
45	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata		€ 160,00	
46	Gancio su scheletrato		€8,00	
47	Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controfresaggi in lega preziosa o coppette radicolari, per elemento		€30,00	
48	Riparazione protesi		€12,00	
49	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato		€11,00	
50	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata		€30,00	

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

51	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo elemento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte		€9,00	
52	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)		€28,00	
53	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-onlay-overlay per elemento (compreso provvisorio)		€56,00	
54	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata		€12,00	
55	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato), per elemento		€16,00	
56	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento		€80,00	
57	Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento		€120,00	
58	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo		€48,00	
59	Perno moncone con perno in L.P o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento		€36,00	
60	Riparazione di faccette in resina o ceramica (e similari)		€7,00	
GNATOLOGIA				
61	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)		€18,00	
62	Bite plane o orto bite o bite garde	80%	€60,00	60%
ORTOGNATODONZIA				
63	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio		€-	
64	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature rimovibili.	80% fino a 700€/anno	€ 200,00	60% fino 700€/anno
65	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature fisse.		€ 140,00	
66	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (max. 1 volta all'anno)		€60,00	
IMPLANTOLOGIA				
67	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		€ 200,00	
68	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile, o intervento per ampliamento	80% fino 800	€ 140,00	60% fino 800€/anno

Allegato 1: Scheda riassuntiva Associato Attivo

	orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura del seno mascellare per complicanze post estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc - per emiarcata	€/anno		
	Ribasatura protesi totale superiore (inferiore) - tecnica diretta	80%	€ 24,00	60%
	Corona protesica in ceramica integrale	80%	€ 120,00	60%
	Massimale Annuo*** di cui	€ 1.700 per assicurato		
	Massimale annuo per prestazioni FUORI RETE	€ 1.350 € per assicurato		
	Massimale Impiantologia	€ 800 per assicurato		
	Massimale Annuo Ortodonzia***	€ 700 per assicurato		
	Franchigia per anno in rete	€ 70	/	
	Scoperto 40% (min. € 200,00) per evento fuori rete	/	€ 200	

PRESTAZIONI NON COPERTE (ESTETICA)

69	Trattamento sbiancante esterno, per ogni dente (max. 7 denti, oltre considerata arcata)	/	€5,00	Non Applicabile
70	Trattamento sbiancante esterno, per arcata	/	€35,00	Non Applicabile
71	Trattamento sbiancante interno, per arcata (at home bleaching)	/	€ 200,00	Non Applicabile
72	Trattamento sbiancante interno, per arcata (in office bleaching, con o senza attivazione)	/	€ 250,00	Non Applicabile

(1) Il costo delle prestazioni a carico dell'assicurato in rete si riferisce all'importo risultante dopo il pagamento della franchigia annuale, eccetto per le prestazioni di prevenzione ove non è prevista alcuna franchigia. Inoltre non tiene conto dei massimali e sottomassimali previsti in caso di fruizione di più prestazioni.

*In rete	Scoperto del 20% per evento e con una franchigia unica annuale a carico dell'Assicurato di € 70,00 ad eccezione delle cure di prevenzione che saranno rimborsate interamente senza alcuno scoperto o franchigia. Tutte le prestazioni prevedono una tariffa scontata convenzionata a rimborso diretto
** Fuori Rete	E' previsto uno scoperto del 40% con un minimo di 200 € per evento
*** Massimale Annuo	Massimali intesi come sottolimiti del Massimale annuo di € 2.300 previsto al punto C) "Prestazioni domiciliari o ambulatoriali a seguito di infortunio o malattia"

Estetica	E' prevista l'applicazione di uno sconto pari al 20% (in rete) calcolato sul tariffario dello studioconvenzionato. Non è previsto l'intervento dellapolizza per prestazioni di natura estetica
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

Piano Sanitario a favore degli Associati in Quiescenza alla CASSA ITALIAONLINE	
AREA OSPEDALIERA	
D) RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO	
Ricovero Massimale	€ 250.000 anno/persona Alcuni interventi prevedono un plafond (v. All. 3) Ricovero senza intervento: massimo € 10.000 per evento
In rete	ricovero con intervento: scoperto 20% min. € 2.500 ricovero senza intervento: scoperto 20% min. € 2.500
Fuori rete	ricovero con intervento: scoperto 30% min. € 3.500 ricovero senza intervento: scoperto 30% min. € 3.500
Pre/Post	90/90 Compresi nei post i trattamenti fisioterapici riabilitativi entro i 90 giorni per ricovero con intervento chirurgico o ricovero, quest'ultimo se pari o > 4 giorni
Limite Retta Degenza	In network 100% - fuori network max € 150 al dì
Minimo giorni per ricovero senza intervento	> 3 giorni
Day Hospital	Compreso nei € 250.000 di cui sopra Alcuni interventi prevedono un plafond (v. all. 3) Day Hospital senza intervento: massimo € 10.000 per evento
In rete	Day Hospital con intervento: scoperto 20% min. € 1.500 Day Hospital senza intervento: scoperto 20% min. € 1.500
Fuori rete	Day Hospital con intervento: scoperto 30% min. € 2.500 Day Hospital senza intervento: scoperto 30% min. € 2.500
Limite Retta Degenza Pre/Post	In network 100% - fuori network max € 150 al giorno Non previste

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

Interventi ambulatoriali Pre/Post	In rete Fuori rete	scoperto 20% min. € 300 scoperto 30% min. € 400 90/90
Limite Accompagnatore Trasporto Acquisto apparecchi protesici/terapeutici Interventi per Correzione Vizi di Rifrazione	In rete Fuori rete	In Italia: € 78/gg max 30 giorni All'Estero: € 130/gg max 30giorni € 550 con ambulanza, € 1.100 con altri mezzi sanitariamente attrezzati scoperto 20% max € 1.100 Max € 1.000 per occhio Max € 1.000 per occhio - scoperto 20%
E) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN) - Trasformabilità della prestazione		
Indennità Sostitutiva/TICKET		€ 80 al giorno per max 90 gg. per ricovero Per ricoveri senza intervento franchigia 3 giorni Compresi trattamenti fisioterapici entro i 90 giorni
AREA EXTRAOSPEDALIERA		
F.1) PRESTAZIONI DOMICILIARI O AMBULATORIALI		
Onorari per visite specialistiche, Prestazioni di agopuntura, Visite omeopatiche	Massimale In rete Fuori rete	€ 2.200 anno/persona scoperto 10% min. € 50 per evento scoperto 20% min. € 90 per evento
Analisi di laboratorio ed esami diagnostici	In rete Fuori rete	scoperto 20% min € 60 per evento scoperto 20% min € 110 per evento
Lenti (anche a contatto)	Sub-massimale In rete/Fuori rete Ticket	€ 150 anno/persona 100% 100%

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

F.2) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Cure dentarie	Da tariffario (All.1 Livelli indennizzo)
Massimale	€ 2.200 condiviso con la garanzia F.1
Sub-Massimale in rete	€ 1.200 anno/persona condiviso con F.1
Sub-massimale fuori rete	€ 700 anno/persona (sottolimito di € 1.200)
Implantologia	€ 500 anno/persona (sottolimito di € 1.200/€ 700)
Sub-Massimale	
Ortognatodonzia	€ 600 anno/persona
Sub-Massimale	Scoperto 20% min. € 100 per evento
In rete	Scoperto 50% min. € 400 per evento
Fuori rete	al 100%
Ticket	
F.3) PREVENZIONE	
Diagnostica preventiva	€ 120 anno/persona
Ticket	al 100%
PRESTAZIONI ONCOLOGICHE	
F.4) Terapie oncologiche / cardiologiche (solo con intervento)	€ 5.000 anno/persona
Ticket	Al 100% entro il relativo massimale
F.5) Indennità oncologica sotto i 60 anni	€ 1.000

PREMIO ANNUO PER OGNI ASSOCIATO ALLA CASSA IN QUIESCENZA E PER OGNI FAMILIARE (CONIUGE FISCALMENTE A CARICO, FIGLIO FISCALMENTE A CARICO)

- under 70 anni € 1.503,00
- over 70 anni € 1.620,00

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

LIVELLI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI DENTARIE - ASSOCIATO IN QUIESCENZA

Le prestazioni vengono liquidate nei limiti del nomenclatore sotto riportato alle seguenti condizioni:

- in rete: scoperto 20% minimo € 100 per evento
- fuori rete: scoperto 50% minimo € 400 per evento
- rimborso ticket al 100%

Descrizione prestazione		IN RETE		FUORIRETE
		%	Costo (1) max Assistito	%
PREVENZIONE				
1.	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo spesa)	80%	-	50%
2.	Visita odontoiatrica periodica o di controllo		-	
3.	Visita odontoiatrica con intervento d'urgenza		-	
4.	Visita odontoiatrica comprensiva di rilievo per impronte per modelli distudio		-	
5.	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi) (sia adulti che bambini)		-	
6.	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) (sia adulti che bambini)		-	
7.	Radiografia endorale (periapicale, occlusale, bitewing), per lastrina		-	
CONSERVATIVA				
8.	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)	80%	€ 13,00	50%
9.	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		€ 16,00	
10.	Sigillatura (per ogni dente)		€ 5,00	
11.	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		€ 6,00	
12.	Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento		€ 22,00	
CHIRURGIA				
13.	Estrazione di dente o radice		€ 10,00	
14.	Estrazione di dente in inclusione ossea parziale		€ 18,00	
15.	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale		€ 26,00	
16.	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3°		€ 36,00	

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

	apicale radice per elemento dentario	80%		50%
17	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso		€ 22,00	
18	Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici (ad emiarcata)		€ 36,00	
19	Separazione di radici in dente pluriradicolato (ad elemento)		€ 14,00	
20	Frenulectomia e/o frenoplastica (per arcata)		€ 20,00	
21	Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale		€ 15,00	
22	Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie), per emiarcata		€ 18,00	
23	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti (compresachirurgia resettiva dell'osso alveolare)		€ 25,00	
RADIOLOGIA				
24	Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)		€ 6,00	
25	Fotografia o immagine video endorale (in alternativa ad OPT o RXendorale)	80%	€ 1,00	50%
26	Rx tele cranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali		€ 7,00	
PARODONTOLOGIA				
27	Scaling e root planing, per emiarcata		€ 13,00	
28	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata		€ 36,00	
29	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto, per emiarcata		€ 40,00	
30	Gengivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata)	80%	€ 6,00	50%
31	Gengivectomia, per emiarcata		€ 35,00	
32	Legature dentali extracoronali - splintaggio, per emiarcata		€ 26,00	
33	Rizectomia - per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte (incluso lembo osseo)		€ 20,00	

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

34	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinica rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		€ 56,00	
35	Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		€ 40,00	
ENDODONZIA				
36	Terapia endodontica radicolare monocanalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	80%	€18,00	50%
37	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		€30,00	
38	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		€40,00	
39	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali		€20,00	
40	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali		€14,00	
PROTESI				
41	Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata	80%	€ 170,00	50%
42	Protesi totale immediata, per arcata		€ 140,00	
43	Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari, per emiarcata		€80,00	
44	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento		€56,00	
45	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata		€ 160,00	
46	Gancio su scheletrato		€8,00	
47	Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controfresaggi in lega preziosa o coppette radicolari, per elemento		€30,00	
48	Riparazione protesi		€12,00	
49	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato		€11,00	

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

50	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata		€30,00	
51	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo elemento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte		€9,00	
52	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)		€28,00	
53	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-onlay-overlay per elemento (compreso provvisorio)		€56,00	
54	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata		€12,00	
55	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato), per elemento		€16,00	
56	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento		€80,00	
57	Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento		€120,00	
58	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo		€48,00	
59	Perno moncone con perno in L.P o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento		€36,00	
60	Riparazione di faccette in resina o ceramica (e similari)		€7,00	
GNATOLOGIA				
61	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)		€18,00	
62	Bite plane o orto bite o bite garde	80%	€60,00	50%
ORTOGNATODONZIA				
63	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio		€-	
64	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature rimovibili.	80% fino a 600€/anno	€ 200,00	50% fino 600€/anno
65	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature fisse.		€ 140,00	
66	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (max. 1 volta all'anno)		€60,00	
IMPLANTOLOGIA				
67	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		€ 200,00	
68	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno			

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

	mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile, o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura del seno mascellare per complicanze post estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc - per emiarcata	80% fino 500 €/anno	€ 140,00	50% fino 500€/anno
	Ribasatura protesi totale superiore (inferiore) - tecnica diretta	80%	€ 24,00	50%
	Corona protesica in ceramica integrale	80%	€ 120,00	50%
	Massimale Annuo*** di cui	€ 1.200 per assicurato		
	Massimale annuo per prestazioni FUORI RETE	€ 700 € per assicurato		
	Massimale Implantologia	€ 500 per assicurato		
	Massimale Annuo Ortodonzia***	€ 600 per assicurato		
	Scoperto 20% (min. € 100,00) per evento in rete	€ 100	/	
	Scoperto 50% (min. € 400,00) per evento fuori rete	/	€ 400	

PRESTAZIONI NON COPERTE (ESTETICA)

69	Trattamento sbiancante esterno, per ogni dente (max. 7 denti, oltre considerata arcata)	/	€5,00	Non Applicabile
70	Trattamento sbiancante esterno, per arcata	/	€35,00	Non Applicabile
71	Trattamento sbiancante interno, per arcata (at home bleaching)	/	€ 200,00	Non Applicabile
72	Trattamento sbiancante interno, per arcata (in office bleaching, con o senza attivazione)	/	€ 250,00	Non Applicabile

(1) non tiene conto dei massimali e sottomassimali previsti in caso di fruizione di più prestazioni.

*In rete	Scoperto del 20% con un minimo di € 100 per evento (comprese le cure di Prevenzione) Tutte le prestazioni prevedono una tariffa scontata convenzionata a rimborso diretto
** Fuori Rete	E' previsto uno scoperto del 50% con un minimo di € 400 per evento
*** Massimale Annuo	Massimali intesi come sottolimiti del Massimale annuo di € 2.200 previsto al punto C) "Prestazioni domiciliari o ambulatoriali a seguito di infortunio o malattia"

Allegato 2: Scheda riassuntiva Associato in Quiescenza

Estetica	E' prevista l'applicazione di uno sconto pari al 20% (in rete) calcolato sul tariffario dello studioconvenzionato. Non è previsto l'intervento dellapolizza per prestazioni di natura estetica
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allegato 3: Elenco Interventi chirurgici Plafonati

In caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", rimborso delle spese ivi sostenute (durante il periodo di ricovero ed eventuali prestazioni sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chirurgico) fino a concorrenza delle somme indicate nella precitata Tabella previa applicazione dello scoperto o della franchigia eventualmente previsti.

Nel caso in cui il ricovero contemplici più di un intervento chirurgico individuabile nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", verrà corrisposto l'indennizzo fino al 100% dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e fino al 70% degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica, incluso ro-bot)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 10.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi)	€ 1.000

Allegato 3: Elenco Interventi chirurgici Plafonati

Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 1.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500
Intervento per appendicectomia	€ 4.000
Iniezione endorbitale esclusa iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida (vedi retina)	€ 800
Asportazione, cerchiaggio, rimozione e/o sostituzione materiali usati durante l'intervento di distacco	€ 1.200
Criotrattamento (come unico intervento)	€ 900
Diatermocoagulazione retinica per distacco (come unico intervento)	€ 1.800
Iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida (comprensivo di medicinale, degenza e sala operatoria), a seduta, a forfait. Rimborsabile Max 5 sedute (totali) l'anno indipendentemente dall'occhio	€ 750
Legatura arteria temporale superiore (come unico intervento)	€ 700
Retina, intervento per distacco, crio + cerchiaggio (come unico intervento)	€ 2.100
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	€ 2.600
Retinite pigmentosa, trattamento chirurgico d'innesto vascolare	€ 1.500
Termoterapia transpupillare	€ 400
Vitrectomia anteriore o posteriore, compresa asportazione delle membrane epiretinarie	€ 2.400
Artroprotesi spalla, parziale e totale	€ 6.000