



- CASA
- AUTO
- SALUTE**
- RISPARMIO
- PROTEZIONE
- PREVIDENZA
- LAVORO

Condizioni di assicurazione
Rimborso spese mediche - Forma speciale

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA SPECIALE OGGETTO DELLA GARANZIA

Art. 1	Rimborso spese mediche	2
--------	------------------------	---

GARANZIA FACOLTATIVA

Art. 2	Alta diagnostica	3
--------	------------------	---

	CONDIZIONE AGGIUNTIVA	4
--	------------------------------	---

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Art. 3	Termini di aspettativa	5
--------	------------------------	---

Art. 4	Esclusioni	5
--------	------------	---

Art. 5	Rischi assicurabili con patto speciale	6
--------	--	---

MODALITÀ DI RIMBORSO

Art. 6	Criteri di erogazione del rimborso spese mediche	7
--------	--	---

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 7	Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro	8
--------	---	---

Art. 8	Modalità operative nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati	8
--------	---	---

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Art. 9	Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche	9
--------	--	---

Art. 10	Criteri di liquidazione delle garanzie facoltative	10
---------	--	----

Art. 11	Prestazioni eseguite da istituti di cura e medici convenzionato e loro variazione	10
---------	--	----

Art. 12	Controversie: arbitrato irrituale	10
---------	-----------------------------------	----

	CONDIZIONE SPECIALE	11
--	----------------------------	----

	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	12
--	--	----

	ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI	15
--	------------------------------------	----

	MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONE IN NETWORK	16
--	---	----

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE FORMA SPECIALE

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

OGGETTO DELLA GARANZIA**ART. 1****RIMBORSO SPESE MEDICHE**

La Società, con massimale annuo illimitato e fermi i limiti di seguito stabiliti e quanto disposto al successivo art. 6, in caso di:

- grande intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio; garantisce le prestazioni indicate ai paragrafi:
- durante il ricovero;
- prima e dopo il ricovero.

durante il ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici, le protesi e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio;
- c) rette di degenza;
- d) rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura (o in struttura alberghiera in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura pubblico) per un eventuale accompagnatore, con il limite giornaliero di € 120,00 per un periodo massimo pari alla durata del ricovero;
- e) prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente;
- f) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro con il limite di € 2.500,00 per sinistro;

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al presente paragrafo "durante il ricovero", la Società corrisponde, per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva di € 200,00 con il massimo di 300 giorni per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata.

prima e dopo il ricovero

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per:

- g) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio effettuati, anche al di fuori dell'istituto di cura, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero;
- h) visite mediche, accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio, acquisto di medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi (effettuati da personale fisioterapico abilitato presso centri fisioterapici e riabilitativi o a domicilio dell'Assicurato), cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero. Qualora il grande intervento chirurgico subito sia riconducibile a neoplasie maligne, il predetto termine viene esteso ai 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero e comprende in garanzia anche le spese sostenute per i relativi trattamenti oncologici necessari;
- i) spese per:
 - acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
 - acquisto di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico, con il limite di € 2.500,00 per persona e per anno assicurativo;
- j) trasporto dell'Assicurato con il mezzo sanitario più idoneo, per raggiungere l'istituto di cura e per il ritorno al proprio domicilio con il limite di € 1.500,00 per sinistro;

purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il *grande intervento chirurgico*.

GARANZIA FACOLTATIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione del relativo massimale)

ART. 2

ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 5.000,00 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione rese necessarie da malattia o infortunio, effettuate anche in assenza di grande intervento chirurgico:

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- PET;
- medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- esami endoscopici (esofago-gastro-duodenoscopia, retto-colonscopia, broncoscopia, cistoscopia, laringoscopia, ecc.).

Il rimborso delle spese previste dal presente articolo viene effettuato previa detrazione di uno scoperto del 20% e, comunque, con il minimo di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico di cui all'elenco precedente.

Qualora l'Assicurato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sui ticket corrispondenti alle spese di cui sopra non viene applicato lo scoperto.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione delle relativa lettera)

E – ESTENSIONE AI GRAVI EVENTI MORBOSI

Ad integrazione dell'art. 1 - Rimborso Spese Mediche, le prestazioni ivi garantite devono intendersi operanti anche in caso di ricovero dovuto a gravi eventi morbosi.

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

ART. 3

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione "Norme Comuni a tutte le garanzie - Garanzie Assistenza e Tutela Legale" – Sezione 1 – art. 1, le garanzie decorrono:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 5

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

ART. 4

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 5;
- b) la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci e/o di alcool, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- e) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- g) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- h) le prestazioni sanitarie e le cure cellulo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 1);

AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

- i) le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- j) le prestazioni sanitarie e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché quelle non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- k) le visite odontoiatriche ed ortodontiche e le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne); le protesi dentarie in ogni caso sono escluse;
- l) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi terapeutici, protesici ed ortopedici (salvo quanto previsto all'art. 1);
- m) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- n) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali (salvo per queste ultime quanto previsto all'art. 1), ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- p) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- q) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni (salvo che per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche occorsi all'Assicurato al di fuori della Regione ove è fissata la sua residenza);
- r) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per gli infortuni derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- s) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- t) gli infortuni:
 - derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato);
 - avvenuti quando l'Assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore;
- u) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alle lettere a) ed f) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 5**RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE**

Fermo quanto previsto all'art. 4, let. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

MODALITÀ DI RIMBORSO

ART. 6

CRITERI DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO

Per le spese sostenute durante il ricovero (art. 1, paragrafo “durante il ricovero”), l'Assicurato, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti, potrà:

1. avvalersi di istituti di cura e medici convenzionati;
2. avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati;
3. avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati;
4. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

usufruendo del pagamento diretto o a rimborso da parte della Società, secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici convenzionati, la Società paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Società:

- paga direttamente all'istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto inerenti i soli costi dell'istituto di cura;
- rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto corrisposte dall'Assicurato stesso ai medici non convenzionati, fino a concorrenza di € 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi di istituti di cura e medici non convenzionati, la Società rimborsa integralmente all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, fino a concorrenza di € 500.000,00 per sinistro qualora lo stesso sia avvenuto al di fuori di Paesi UE.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di grande intervento chirurgico ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva di cui all'art. 1.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero (art. 1, paragrafo “prima e dopo il ricovero”), l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle stesse che verranno poi rimborsate integralmente dalla Società, fermi i limiti allo stesso articolo stabiliti.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI**ART. 7****OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Relativamente all'art. 1 – Rimborso Spese Mediche (per le sole spese sostenute durante il ricovero), l'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di istituti di cura convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato, secondo le modalità riportate al successivo art. 8, dalla Struttura Organizzativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta, come disposto dal successivo articolo 9.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia conforme della cartella clinica completa, e in originale i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 8**MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI**

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di istituti di cura convenzionati deve:

1. prima del ricovero, contattare la Struttura Organizzativa - in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle 12.00, esclusi i festivi - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.147.147
- numero telefonico per chiamate dall'estero: 0039.011.741.72.47
- fax: 0039.011.741.71.41
- e-mail: blue.assistance@blueassistance.it

indicando:

- numero di polizza;
- motivo del ricovero risultante dalla prescrizione del medico curante;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;
- istituto di cura ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

La prestazione in forma diretta si attiva mediante invio via fax del Modulo di richiesta prestazione in Network (disponibile sul sito www.blueassistance.it e riprodotto alla pag. 16 delle presenti condizioni di assicurazione) alla Struttura Organizzativa almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la struttura, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà all'istituto di cura convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

2. al momento del ricovero:

- presentare la Carta Sanitaria;

3. al momento della dimissione dall'istituto di cura:

- corrispondere l'importo dell'eventuale franchigia pattuita in polizza, nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di contratto.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

ART. 9

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE

SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO

1. Utilizzo di istituti di cura e medici convenzionati

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

2. Utilizzo di istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Per i pagamenti direttamente effettuati dalla Società all'istituto di cura vale quanto previsto al precedente punto 1.

Per i pagamenti direttamente effettuati dall'Assicurato ai medici non convenzionati, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Struttura Organizzativa gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate.

Il rimborso di tali spese verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa con modalità analoghe a quelle previste dal successivo punto 3.

3. Utilizzo di istituti di cura e medici non convenzionati

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi.

Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sanitarie sostenute, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 3. del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'indennità sostitutiva, egli dovrà far pervenire direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) alla Società copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell'art. 7, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri avvenuti all'estero.

SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato a cura ultimata; l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate, copia conforme della cartella clinica completa, certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi direttamente (o tramite l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza) a:

- la Struttura Organizzativa, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui e suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura convenzionato;

- la Società, nel caso in cui il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero cui le suddette spese si riferiscono sia avvenuto in un istituto di cura non convenzionato o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Definito il sinistro, la Società/Struttura Organizzativa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

ART. 10

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELLE GARANZIE FACOLTATIVE

Il rimborso delle spese sanitarie sostenute viene effettuato secondo quanto previsto all'art. 9 punto 3.

ART. 11

PRESTAZIONI ESEGUITE DA ISTITUTI DI CURA E MEDICI CONVENZIONATI E LORO VARIAZIONE

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli istituti di cura e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente agli istituti di cura ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

La Società, lasciando invariati la portata e i limiti delle condizioni di assicurazione, ha la facoltà di affidare la gestione dei sinistri ad altra società specializzata. In tal caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di servizi senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 12

CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di 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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

CONDIZIONE SPECIALE

(operante, in deroga a quanto riportato precedentemente, solo se espressamente richiamata in polizza con indicazione della relativa lettera)

D – MASSIMALE PER NUCLEO

A parziale deroga dell'art 2 - Alta Diagnostica, il massimale ivi indicato deve intendersi operante come disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme di tutte le persone indicate in polizza.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**CARDIOCHIRURGIA**

- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Derivazione aortopolmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Timectomia per via cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomia
- Emisferectomia – lobectomia
- Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o meningocele
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido

ESOFAGO

- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse – alte – totali
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA

- Vulvectomia allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale

ORTOPEDIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotarsica, polso, spalla, gomito
- Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Faringo-laringectomia
- Laringectomia totale
- Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
- Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Orecchio: antro-atticotomia
- Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne

PANCREAS – MILZA

- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Pancreasectomia parziale o totale
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per fistole pancreatiche
- Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Interventi per atresia dell'ano
- Intervento per atresia congenita dell'esofago.
- Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Fistola congenita dell'esofago
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
- Interventi di resezione per megauretere
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Interventi correttivi per palatoschisi

INTESTINO

- Colectomia totale
- Procto-colectomia con confezione di "reservoir"
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale

STOMACO – DUODENO

- Gastrectomia totale per neoplasia maligna
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica

UROLOGIA

- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entero-anastomosi.

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi sui vasi intracranici
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI

- Tutti

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

TUMORE MALIGNO

malattia caratterizzata dalla crescita diffusa e incontrollata di cellule maligne con invasione dei tessuti normali. La definizione include la leucemia e le patologie maligne del sistema linfatico, come la malattia di Hodgkin.

Sono esclusi tutti i carcinomi in-situ, la malattia di Hodgkin in stadio I°, le lesioni intraepiteliali prostatiche di alto grado (PIN), tutti i tumori cutanei (eccetto il melanoma maligno invasivo a partire dallo stadio III° di Clark) e tutti i tumori maligni in presenza di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS).

INFARTO DEL MIOCARDIO

necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna. La diagnosi viene posta in presenza di tutti i seguenti elementi: anamnesi di dolore toracico tipico, comparsa di modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

ARTEROSCLEROSI CORONARICA

grave stenosi od occlusione di arterie coronarie nel caso che si renda necessario intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico (BPAC) di una o più arterie coronarie.

L'intervento deve ritenersi necessario dopo valutazione coronarografica.

Sono incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione.

ICTUS

qualsiasi accidente cerebrovascolare che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione di origine extracranica. Devono rendersi evidenti deficit neurologici documentabili per almeno 3 mesi.

PARALISI

totale ed irreversibile perdita della funzione di uno o più arti in seguito a infortunio o a malattia. La paralisi deve essere documentata clinicamente per un periodo di almeno tre mesi.

FAX CHE L'ASSICURATO DEVE INVIARE PREVENTIVAMENTE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE OSPEDALIERA IN NETWORK PER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA CON PAGAMENTO DIRETTO A CARICO DELL'ASSICURAZIONE

Data,

A: Spett.le Blue Assistance S.p.A.
Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino
FAX N° 011.741.71.41

DA: Sig./Sig.ra: _____

Telefono: _____ **Fax:** _____

CONTRAENTE: _____ **Nr. interno Blue Assistance:** _____

ASSICURATO: _____
(se diverso)

Broker /Agente: _____ **Nr. di polizza:** _____

L'Assistito/a: _____

con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla équipe medica e/o dal Professionista Medico convenzionati con Blue Assistance S.p.A., nel rispetto delle condizioni previste dalla Convenzione assicurativa. A tal fine si precisa qui di seguito:

STRUTTURA CONVENZIONATA PRESCELTA: _____

NOMINATIVO DEL MEDICO: _____

Convenzionato

SI



NO



In caso di utilizzo di équipe medica e/o Professionista Medico non convenzionati è necessario allegare al fax il preventivo di spesa.

PATOLOGIA: _____
(come da certificato medico allegato alla presente)

DATA PREVISTA DI INGRESSO: _____

TIPO RICOVERO: _____
(con o senza intervento)

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;
- autorizza la Compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla Struttura e/o Professionista Medico;
- si impegna altresì a pagare alla Struttura Sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico;
- si impegna a rimborsare a posteriori alla Compagnia le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a rimborsare direttamente alla Struttura Sanitaria e/o Professionista Medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Firma dell'Assistito per accettazione: _____

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Blue Assistance S.p.A., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso del richiedente la prestazione: _____

(firma)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 172.571.040 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

