

A-DOC – Polizza rimborso spese mediche a seguito di infortunio e malattia

CONDIZIONI GENERALI

A-DOC - Polizza rimborso spese mediche a seguito di infortuni e malattia – X3061.0 – edizione settembre 2018



INDICE	Pagina
DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
CONDIZIONI GENERALI INFORTUNI E MALATTIA	6
SINISTRI	8
RIMBORSO SPESE PER 'GRANDI EVENTI'	10
RIMBORSO SPESE PER 'GRANDI EVENTI E ALTRI RICOVERI'	11
CHECK UP DI DIAGNOSTICA PREVENTIVA	12
GARANZIE SPECIALI	13
CONDIZIONI PARTICOLARI	14
INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO/CONVALESCENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA	14
TUTELA LEGALE	14
ASSISTENZA	19
ALLEGATO 1: ELENCO INTERVENTI ALTA CHIRURGIA	24
ALLEGATO 2: ELENCO GRAVI MALATTIE	27
ALLEGATO 3: CONVENZIONE ITAS-BLUE ASSISTANCE S.P.A.	27
CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO	28

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art.166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell'assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza."

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione	il contratto di assicurazione;
Assistenza infermieristica	assistenza prestata da personale in possesso di specifica abilitazione;
Atto temerario	audacia eccessiva o irragionevole nell'affrontare un pericolo ad eccezione degli atti umanitari;
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione;
Convalescenza	periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica;
Day Hospital\ Day Surgery	forma di ricovero presso struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata a erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
Degenza	permanenza diurna in day hospital/day surgery/;
Diaria sostitutiva	indennità giornaliera che viene corrisposta in caso di ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale;
Evento	lo stato patologico che rende necessarie le prestazioni previste dalla garanzia assicurativa;
Franchigia	per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta la garanzia all'Assicurato;
Gravi Malattie	le malattie indicate nell'allegato n. 2;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;
Intervento chirurgico	atto medico che prevede la cruentazione dei tessuti mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica (laser) a fine terapeutico;
Intervento chirurgico ambulatoriale	intervento chirurgico eseguito senza ricovero;
Intervento di alta chirurgia	gli interventi chirurgici elencati nell'allegato n. 1;
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, casa di cura, hospice, day hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che

hanno finalità dietologiche e fitoterapiche, nonché del benessere psicofisico della persona in senso lato, le case di cura per convalescenza o lungo degenza o per soggiorni, le strutture per anziani;

Malformazione - difetto fisico	deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni congenite o acquisite;
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattia mentale	ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD - 10 del OMS) e l'epilessia;
Malattia oncologica	ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia esclusivamente maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi Hodgkin e non Hodgkin;
Malattia preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o insorte, anteriormente alla stipulazione del contratto;
Malattia terminale	malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'Assicurato la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane;
Malattie concorrenti	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessato uno stesso sistema organo funzionale;
Malattie coesistenti	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulle invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi;
Massimale	la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia;
Nucleo familiare	s'intende quello composto dalle persone che rientrano nel certificato di stato di famiglia e specificate in polizza;
Polizza	il documento che prova l'assicurazione;
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Questionario medico	il documento con il quale l'assicurato descrive il suo stato di salute e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto da ogni persona assicurata - in caso di minore da chi ne abbia la potestà - e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;
Ricovero	permanenza in istituto di cura con pernottamento;
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;
Trattamenti specialistici - fisiochinesiterapici	terapie - prescritte dal medico fisiatra - praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla fisiochinesiterapia o in strutture ambulatoriali di istituti di cura;

Termini di aspettativa - Carenze	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia;
Visita specialistica	visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

→ **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile).

→ **Art. 2 - Altre assicurazioni**

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del codice civile.

→ **Art. 3 - Assicurazioni in nome e per conto di terzi**

In caso di assicurazioni in nome e per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 del codice civile.

→ **Art. 4 - Aggravamento del rischio**

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1989 del codice civile.

Le malattie verificatesi in corso di contratto non costituiscono aggravamento di rischio.

→ **Art. 5 - Proroga dell'assicurazione**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo s'intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

→ **Art. 6 - Pagamento del premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

→ **Art. 7 - Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del codice civile verso i terzi responsabili in caso di rimborso spese per cure mediche conseguenti a infortunio.

→ **Art. 8 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'indennizzo viene comunque corrisposto in Italia, in euro.

→ **Art. 9 - Modifiche dell'assicurazione**

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

→ **Art. 10 - Oneri fiscali**

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

→ **Art. 11 - Rinvio alle norme di legge**

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

CONDIZIONI GENERALI INFORTUNI E MALATTIA

→ **Art. 12 - Limiti di età**

L'assicurazione vale per le persone di **età non superiore a 75 anni**. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

→ **Art. 13 - Persone non assicurabili**

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

→ **Art. 14 - Esclusioni**

L'assicurazione non comprende il rimborso delle spese sostenute per:

- a) le conseguenze di infortuni, di malattie e di stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di cure o esami, o diagnosi, o causa di disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- b) le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- c) malattie mentali, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi psichiatrici in genere, forme maniaco depressive;
- d) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi), dietologiche, fitoterapiche e del benessere psicofisico della persona in senso lato;
- e) le protesi dentarie, cure dentarie e paradontali non rese necessarie da infortunio, cure implantologiche, cure ortodontiche;
- f) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto agli artt. 27 e 32, lett. a);
- g) l'interruzione volontaria di gravidanza nel 1° trimestre;
- h) le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- i) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- m) gli infortuni e le malattie conseguenti ad abuso o assunzione di alcool con valori superiori allo 0,80 gM, di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;
- n) correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, etc);
- o) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura;
- p) le conseguenze di:
 - infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare e competizioni motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (sono invece comprese le conseguenze di infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi);
 - partecipazione a spedizioni alpinistiche, geografiche e di ricerca fuori dei confini d'Europa; nonché a imprese o atti temerari, di ardimento, di sopravvivenza e simili, pratica di sport estremi;
 - pratica dei seguenti sport: alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, arrampicata libera, arti marziali, bob, football americano, canyoning, downhill, immersione con autorespiratore, lotta nelle sue varie forme, motonautica, kitesurfing, paracadutismo, sollevamento pesi, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, salto con elastico, sci acrobatico, sci estremo, slittino su pista, skeleton, snowboard estremo, snowkite, speleologia e dalla pratica di sport estremi in genere;
- q) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- r) guerre, insurrezioni, terrorismo, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- s) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

→ **Art. 15 - Termini di aspettativa - Carenze**

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- b) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;**
- c) dal 180° giorno successivo per le conseguenze di stati patologici (malattie) diagnosticati, o sottoposti ad accertamenti, o curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati dagli Assicurati nel questionario sanitario;**
- d) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose - fermo quanto previsto all'art. 14 lett. a) -, per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;**
- e) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.**

In caso di ricovero o di altre prestazioni previste in polizza verificatesi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre il periodo di carenza stessa.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma **unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;**
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, **limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.**

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

→ **Art. 16 - Indicizzazione**

Qualora sia stata richiamata l'indicizzazione, le somme e i massimali assicurati saranno soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni del numero indice "spese mediche" rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto Istituto, in conformità a quanto segue:

- a) come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, sarà adottato l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale o a quello dell'ultimo adeguamento, le somme e i massimali assicurati verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Nel caso che in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito in polizza, sarà in facoltà delle Parti di rinunciare all'aggiornamento successivo della polizza stessa mediante lettera raccomandata da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza annuale, restando somme e massimali assicurati e premio quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato. Sono soggetti ad adeguamento anche i limiti di indennizzo non espressi in percentuale.

→ **Art. 17 - Determinazione e adeguamento del premio**

Il premio della presente polizza è determinato in base all'età degli Assicurati al momento della stipulazione della polizza.

Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il premio della garanzia rimborso spese mediche viene ricalcolato in base all'età e con aumento del coefficiente determinato dall'adeguamento per l'indicizzazione se richiamata.

→ **Art. 18 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale**

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità possono essere demandate, per iscritto, a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune, sede dell'Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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 salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

SINISTRI

LIQUIDAZIONE A CARICO DELLA SOCIETA'

→ **Art. 19 – Termini per la liquidazione del sinistro**

La Società provvede sempre al rimborso del check up, delle garanzie speciali, dell'indennità da ricovero e convalescenza; provvede al rimborso delle spese mediche nei casi in cui non è attivato il convenzionamento con Blue Assistance S.p.A.

→ **Art. 20 – Limiti di indennizzo**

Per le patologie sotto elencate la Società liquida l'indennizzo entro i seguenti limiti:

- fino alla concorrenza di **euro 4.000,00 onnicomprensive per evento e per anno assicurativo** per: patologie delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi - idrocele - mastopatie fibrocistiche - cataratta - varicocele - meniscopatia;
- fino alla concorrenza di **euro 8.000,00 onnicomprensive per evento e per anno assicurativo** per: ernie addominali o iatali - varici - emorroidi - appendicite - fistole anorettali, perianali, sacro-coccigee - calcolosi biliari;
- fino alla concorrenza di **euro 12.000,00 onnicomprensive per evento e per anno assicurativo** per: calcolosi renale e delle vie urinarie - malattie delle ovaie - ulcera gastrica e/o duodenale - adenoma prostatico su persone di età superiore a 55 anni miofibromi uterini - prolasso vescicale - parto cesareo.

→ **Art. 21 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato**

In caso di ricovero l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro **5 giorni** da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del codice civile. La liquidazione del sinistro viene effettuata a cura ultimata, su presentazione di copia della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di Cura nel quale è avvenuto il ricovero e/o della documentazione medica e di spesa in originale.

LIQUIDAZIONE CON CONVENZIONAMENTO BLUE ASSISTANCE S.P.A.

→ **Art. 22 - Modalità di pagamento e rimborso**

1. In caso di utilizzo di strutture e di medici chirurghi convenzionati, l'Assicurato non sostiene alcuna spesa perché Blue Assistance S.p.A. provvede direttamente.
2. In caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o con questo convenzionate secondo le norme vigenti, Blue Assistance S.p.A. provvede direttamente al pagamento dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto a quanto erogato dal S.S.N.
3. In caso di utilizzo di strutture e di medici non convenzionati né con Blue Assistance S.p.A. né con il S.S.N., **l'Assicurato provvede direttamente a pagare le spese sostenute, che verranno rimborsate da Blue Assistance S.p.A. nella misura dell'80% a ricevimento della documentazione, in originale, delle spese sostenute.**
4. Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura convenzionata e medici non convenzionati o non appartenenti all'organico della struttura stessa, Blue Assistance S.p.A. provvede direttamente a pagare la struttura con essa convenzionata e **l'Assicurato deve provvedere personalmente al pagamento degli onorari delle prestazioni mediche.** Al ricevimento della documentazione di spesa Blue Assistance S.p.A. provvede al rimborso delle spese sostenute nella misura **dell'80%.**
5. Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura non convenzionata e medici convenzionati, Blue Assistance S.p.A. provvede direttamente a pagare gli onorari delle prestazioni mediche e **l'Assicurato deve provvedere personalmente al pagamento della struttura.** Al ricevimento della documentazione di spesa Blue Assistance S.p.A. provvede al rimborso delle spese sostenute nella misura **dell'80%.**
6. **Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura e/o medici convenzionati senza richiedere preventiva autorizzazione a Blue Assistance S.p.A. verrà rimborsato l'80% delle spese sostenute.**

→ **Art. 23 - Spese precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale**

Blue Assistance S.p.A. non provvede al pagamento diretto delle spese sostenute prima del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale previste dagli articoli 27 e 32 lettere d); **l'Assicurato deve provvedere direttamente al loro pagamento e inviare a Blue Assistance S.p.A. la documentazione sanitaria e di spesa, indicando il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale cui si riferiscono.** Ricevuta la documentazione, Blue Assistance S.p.A. provvede:

- a rimborsare al 100% le spese sostenute se l'Assicurato ha utilizzato strutture sanitarie e/o medici convenzionati con Blue Assistance S.p.A.;
- a rimborsare all'80% le spese sostenute se l'Assicurato non ha utilizzato strutture sanitarie e/o medici convenzionati con Blue Assistance S.p.A.;
- a rimborsare al 100% le spese eventualmente rimaste a carico dell'Assicurato stesso qualora abbia utilizzato il S.S.N. **e non abbia richiesto** la diaria sostitutiva prevista agli articoli 29 e 34.

→ **Art. 24 - Spese successive al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale**

Per le spese sostenute dopo il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale previste dagli articoli 27 e 32 lett. e):

- qualora l'Assicurato utilizzi strutture e medici convenzionati con Blue Assistance S.p.A., non sosterrà alcuna spesa, che verrà direttamente pagata da Blue Assistance S.p.A.;
- qualora invece l'Assicurato utilizzi strutture o medici non convenzionati Blue Assistance S.p.A., **dovrà provvedere direttamente al loro pagamento ed inviare a Blue Assistance S.p.A. gli originali dei documenti di spesa indicando il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale cui si riferiscono.** Ricevuta la documentazione, Blue Assistance S.p.A. rimborsa le spese sostenute nella misura dell'80%;
- qualora l'Assicurato utilizzi il S.S.N., Blue Assistance S.p.A. provvede al rimborso al 100% delle spese eventualmente rimaste a carico dell'Assicurato stesso purché **non abbia richiesto** la diaria sostitutiva prevista agli articoli 29 e 34.

In tutti i casi in cui Blue Assistance S.p.A. provvede direttamente a pagare le strutture e i medici convenzionati l'Assicurato delega Blue Assistance S.p.A. a pagare o a far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute previste dal contratto.

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE MODALITA' DI RIMBORSO E DI PAGAMENTO (IN ITALIA E ALL'ESTERO)

STRUTTURA - MEDICO	PAGAMENTO
Convenzionata totale	100% Blue Assistance S.p.A.
Convenzionata clinica - no medico	100% Blue Assistance S.p.A. la clinica
	100% Assicurato ' rimborso 80% per il medico
No convenzionata clinica - no medico convenzionato	100% Assicurato ' rimborso 80%
Clinica convenzionata con S.S.N. (solo differenza)	100% Assicurato ' rimborso 100%
Se i medici non sono convenzionati o non appartengono all'organico	100% Assicurato ' rimborso 80%
Spese sostenute prima del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale:	
- clinica convenzionata	100% Assicurato ' rimborso 100%
- clinica non convenzionata	100% Assicurato ' rimborso 80%
- utilizzo S.S.N. (solo differenza) se non richiesta sostitutiva	100% Assicurato ' rimborso 100%
Spese sostenute dopo il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale:	
- clinica convenzionata	100% Blue Assistance S.p.A.
- clinica non convenzionata	100% Assicurato ' rimborso 80%
- utilizzo S.S.N. (solo differenza) se non richiesta sostitutiva	100% Assicurato ' rimborso 100%
Utilizzo di strutture e/o medici convenzionati senza preventiva autorizzazione di Blue Assistance S.p.A.	100% Assicurato ' rimborso 80%

→ **Art. 25 - Limiti massimi di rimborso - Utilizzo di strutture e di medici chirurghi NON convenzionati**

Per le affezioni di seguito indicate, qualora l'Assicurato non si avvalga né di strutture né di medici chirurghi convenzionati Blue Assistance S.p.A. rimborsa le spese indennizzabili ai sensi di polizza in caso di intervento chirurgico - con o senza ricovero - entro i limiti rispettivamente indicati:

- fino alla concorrenza di **euro 4.000,00 onnicomprensive per evento e per anno assicurativo** per: patologie delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi idrocele - mastopatie fibrocistiche - cataratta - varicocele - meniscopatia;
 - fino alla concorrenza di **euro 8.000,00 onnicomprensive per evento e per anno assicurativo** per: ernie addominali o iatali - varici - emorroidi - appendicite - fistole anorettali, perianali, sacro-coccigee - calcolosi biliari;
 - fino alla concorrenza di **euro 12.000,00 onnicomprensive per evento e per anno assicurativo** per: calcolosi renale e delle vie urinarie - malattie delle ovaie - ulcera gastrica e/o duodenale - adenoma prostatico su persone di età superiore a 55 anni miofibromi uterini - prolasso vescicale - parto cesareo.
- Il rimborso delle spese di cui sopra verrà effettuato senza l'applicazione dello scoperto del 20%.

→ **Art. 26 - Documentazione medica e documentazione delle spese**

L'Assicurato deve sottoporsi anche in fase di ricovero, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. La documentazione delle spese è acquisita dalla Società; tuttavia la Società restituisce la predetta documentazione previa iscrizione sulla stessa dell'importo liquidato e della data di liquidazione. Qualora l'Assicurato abbia presentato al S.S.N. o ad altro Ente l'originale delle notule, distinte, fatture e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro presentazione di copie autenticate delle notule, distinte, fatture e ricevute, al netto di quanto a carico del S.S.N. o degli altri Enti.

RIMBORSO SPESE PER "GRANDI EVENTI"

→ **Art. 27 - Oggetto dell'assicurazione**

Premesso che per "interventi di alta chirurgia" s'intendono quelli elencati nell'allegato n°1, per "gravi malattie" s'intendono quelle elencate nell'allegato n° 2, in caso di ricovero ospedaliero reso necessario da:

- infortunio o malattia che dia luogo a un "intervento di alta chirurgia";
- una "grave malattia" anche senza intervento chirurgico,

la Società rimborsa, **fino alla concorrenza del massimale** indicato nella scheda di polizza le spese sostenute 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, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, durante il ricovero ospedaliero;
- c) rette relative al ricovero ospedaliero;
- d) esami e accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati **nei 90 giorni precedenti** l'inizio del ricovero ospedaliero;
- e) esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, **escluse cure termali**, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, **nei 120 giorni successivi** al ricovero ospedaliero e **purché dette prestazioni siano a esso inerenti e prescritte dal medico curante dell'assicurato**;
- f) il trasporto con qualsiasi mezzo dell'Assicurato all'Istituto di cura e - **purché richiesto con certificazione medica** - da un Istituto di cura all'altro e/o per il ritorno a casa fino a un massimale, per **anno assicurativo, di euro 3.000,00** in Italia e di **euro 5.000,00** se l'Assicurato si trova all'estero;
- g) il vitto e il pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore per un periodo non superiore a **60 giorni e fino a 100,00 euro giornalieri** sempreché il ricovero ospedaliero e/o degenza da malattia o infortunio dell'Assicurato sia indennizzabile a termini di polizza.

→ **Art. 28 - Day hospital/day surgery**

In regime di day hospital/day surgery la Società rimborsa, **per evento e per anno assicurativo**, le spese sostenute per:

- a) accertamenti diagnostici **nei 30 giorni precedenti** il day hospital/day surgery;
- b) assistenza medica o infermieristica;
- c) trattamenti fisioterapici e rieducativi **nei 30 giorni successivi** il day hospital/day surgery;
- d) medicinali;
- e) retta di degenza.

→ **Art. 29 - Diaria sostitutiva**

Qualora le spese previste all'art.27 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero pari allo **0,15% del massimale** assicurato e con il massimo di **90 giorni per ogni anno assicurativo**.

In caso di day hospital/day surgery l'indennità sarà corrisposta al **50% della diaria** prevista per il ricovero e con il massimo di **20 giorni per anno assicurativo**, ad eccezione del giorno dell'eventuale intervento chirurgico che verrà indennizzato al **100%**.

→ **Art. 30 – Trapianto di organi**

La Società rimborsa le spese – indennizzabili a termini di polizza – sostenute per il trapianto di organi, **con esclusione di cartilagini, osso, nervi e cornea**, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente. Se l'Assicurato è ricevente sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi o parti di essi.

→ **Art. 31 – Ricovero domiciliare per malattie terminali**

In caso di malattia terminale, determinata da una delle "Gravi Malattie" elencate nell'allegato n°2, la Società rimborsa, oltre alle spese previste all'art.27), anche quelle sostenute dall'Assicurato nell'ultimo stadio della malattia per:

- l'assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni e strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute, fino a **euro 150,00 giornalieri**, per un massimo di **60 giorni** per malattia;
- in alternativa, a scelta dell'Assicurato l'assistenza infermieristica a domicilio fino a **euro 80,00 giornalieri**, per un massimo di **90 giorni** per malattia.

RIMBORSO SPESE PER "GRANDI EVENTI E ALTRI RICOVERI"

In caso di ricovero a seguito di Grande intervento chirurgico o di Grave malattia il massimale s'intende aumentato del 50%.

→ **Art. 32 – Oggetto dell'assicurazione**

In caso di ricovero ospedaliero reso necessario da:

- infortunio o malattia che dia luogo a un "intervento di alta chirurgia", intendendo per tali quelli elencati nell'allegato n°1,
 - una "grave malattia" anche senza intervento chirurgico, intendendo per tali quelle elencate nell'allegato n°2,
- e in caso di:

- ricovero ospedaliero con o senza intervento chirurgico,

resi necessari da infortunio o malattia e non compresi nei punti precedenti,

la Società rimborsa, fino al massimale indicato nella scheda di polizza, le spese sostenute 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 comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) assistenza medica e infermieristica, cure, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- c) rette relative al ricovero ospedaliero;
- d) esami e accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei **90 giorni precedenti** l'inizio del ricovero o l'intervento chirurgico;
- e) esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura o ambulatorio, nei **120 giorni successivi** alla fine del ricovero o all'intervento chirurgico e **purché dette prestazioni siano a esso inerenti e prescritti dal medico curante dell'Assicurato**;
- f) il trasporto con qualsiasi mezzo dell'Assicurato all'Istituto di cura e - **purché richiesto con certificazione medica** - da un Istituto di cura all'altro e/o per il ritorno a fino a un massimale, **per anno assicurativo, di euro 3.000,00** in Italia e di **euro 5.000,00** se l'assicurato si trova all'estero;
- g) il vitto e il pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore per un periodo non superiore a **60 giorni** e fino a **100,00 euro** giornalieri sempreché il ricovero ospedaliero da malattia o infortunio dell'Assicurato sia indennizzabile a termini di polizza;
- h) spese per cure termali - **ad eccezione di quelle di natura alberghiera** - praticate in conseguenza di un ricovero con intervento chirurgico nei **120 giorni** a esso successivi e con il limite di **euro 1.500,00 per anno assicurativo**;
- i) il rimborso delle spese per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi ortopedici (stampelle, tutori, carrozzine) fino a **euro 2.000,00**;
- l) nei casi di parto fisiologico, pilotato o con applicazione di forcipe, episiotomia, sutura di lacerazioni, nonché per l'aborto terapeutico tali spese sono rimborsate nel limite di **euro 3.000,00** e **con esclusione delle spese sanitarie precedenti e successive al ricovero previste alle lettere d) ed e) del presente articolo**;

Nel caso di parto cesareo le spese sono rimborsate nel limite di **euro 12.000,00**.

→ **Art. 33 - Day hospital/day surgery**

In regime di day hospital/day surgery la Società rimborsa, **per evento e per anno assicurativo**, le spese sostenute:

- a) per accertamenti diagnostici **nei 30 giorni precedenti** il day hospital/day surgery;
- b) per assistenza medica o infermieristica;
- c) per trattamenti fisioterapici e rieducativi **nei 30 giorni successivi** il day hospital/day surgery;
- d) per medicinali;
- e) per retta di degenza;
- f) per il rimborso delle spese per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi ortopedici (stampelle, tutori, carrozzine) fino a **euro 2.000,00**.

→ **Art. 34 - Diaria sostitutiva**

Qualora le spese previste dall'art.32 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero pari allo **0,15% del massimale** assicurato e con il massimo di **90 giorni per ogni anno assicurativo**.

In caso di Day Hospital/day surgery l'indennità sarà corrisposta al **50%** della indennità prevista per il ricovero e con il massimo di **20 giorni per anno assicurativo** ad eccezione del giorno dell'eventuale intervento chirurgico che verrà indennizzato al **100%**.

→ **Art. 35 - Cure al neonato**

Qualora successivamente ad un parto indennizzabile ai sensi di polizza si rendano necessarie cure per il neonato conseguenti a malattie anche congenite o infortuni, la Società si obbliga, nell'ambito del massimale della garanzia prevista per la madre, a rimborsare le spese sanitarie per dette cure sempreché le stesse vengano effettuate nei primi **90 giorni** di vita e comunque nell'ambito dell'operatività e della durata del contratto. **La garanzia vale esclusivamente per le spese sostenute durante il ricovero.**

→ **Art. 36 - Trapianto di organi**

La Società rimborsa le spese - indennizzabili a termini di polizza - sostenute per il trapianto di organi, **con esclusione di cartilagini, osso, nervi e cornea**, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente. Se l'Assicurato è ricevente sono anche comprese le spese per il prelievo e il trasporto di organi o parti di essi.

→ **Art. 37 - Ricovero domiciliare per malattie terminali**

In caso di malattia terminale, determinata da una delle "Gravi Malattie" elencate nell'allegato n°2, la Società rimborsa, oltre alle spese previste all'art.32), anche quelle sostenute dall'Assicurato nell'ultimo stadio della malattia per:

- l'assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da idonee organizzazioni e strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute, fino a **euro 150,00 giornalieri**, per un massimo di **60 giorni** per malattia;
- in alternativa, a scelta dell'Assicurato l'assistenza infermieristica a domicilio fino a **euro 80,00 giornalieri**, per un massimo di **90 giorni** per malattia.

CHECK UP DI DIAGNOSTICA PREVENTIVA

La Società rimborsa agli assicurati di età superiore a 30 anni un check up predefinito in base all'età e al sesso come di seguito indicato:

Donna tra 31 e 40 anni	Uomo tra 31 e 50 anni
Emocromo completo	Emocromo completo
VES	VES
Azotemia	Azotemia
Gamma GT	Gamma GT
Glicemia	Glicemia
Colesterolo totale	Colesterolo totale
HDL/LDL	HDL/LDL
Trigliceridi	Trigliceridi
Transaminasi ASL	Transaminasi ASL
Transaminasi ALT	Transaminasi ALT
Esame urine completo	Esame urine completo

Sangue occulto nelle feci	Sangue occulto nelle feci
ECG	ECG
Ecografia addome completo	Ecografia addome completo
Pap test	Uricemia
Visita medica generale (iniziale/conclusiva)	Visita medica generale (iniziale/conclusiva)
Donna oltre 40 anni	Uomo oltre 50 anni
Quanto sopra previsto con aggiunta mammografia	Quanto sopra previsto con aggiunta PSA

L'Assicurato potrà effettuare, a partire dal secondo anno e a cadenza biennale, un check up – comprensivo di almeno 10 esami riportati nell'elenco - entro il limite di spesa di euro 200,00.

Gli esiti del check up saranno comunicati esclusivamente all'Assicurato.

GARANZIE SPECIALI

→ **Art. 38 - Rimborso spese per malattie oncologiche**

In caso di ricovero – in aggiunta a quanto previsto agli artt. 27 e 32 - e/o diagnosi di malattia oncologica la Società rimborsa le visite specialistiche, accertamenti, cicli di radioterapia o similari (cobaltoterapia, Roentgen terapia) e di chemioterapia, effettuate sia ambulatoriamente che in regime di day hospital. **Le suddette spese devono essere prescritte dai sanitari e saranno pagate entro il limite di euro 10.000,00 e per un periodo massimo di 180 giorni dal ricovero o diagnosi, per persona e/o nucleo familiare e per anno assicurativo.**

→ **Art. 39 - Rimborso spese Alta Diagnostica**

La Società rimborsa le spese prescritte da uno specialista sostenute per Alta Diagnostica entro il limite di **euro 3.000,00 per persona e/o nucleo familiare e per anno assicurativo.**

Il rimborso, compresa la parcella dello specialista, viene effettuato con applicazione di uno **scoperto del 15% con il minimo di euro 100,00.**

- Amniocentesi
- Cateterismo cardiaco
- Coronarografia
- Ecocardiografia
- Ecocontrastografia
- Ecografia trans-esofagea
- Eco doppler ed eco-color-doppler
- Esami radiografici con mezzo di contrasto
- Fluoroangiografia oculare
- PET (tomografia ad emissione di positroni)
- Risonanza funzionale
- RMN (risonanza magnetica nucleare)
- Scintigrafia
- SPET (tomografia ad emissione di fotone singolo)
- TAC (tomografia assiale computerizzata)
- Villocentesi

CONDIZIONI PARTICOLARI

→ **Art. 40 - Franchigia 1.000,00 euro**

Il rimborso delle spese di cui agli artt. 27, 28, 30, 32, 33, 35 e 36 verrà liquidato con applicazione di una **franchigia fissa di euro 1.000,00**. In caso di convenzionamento con Blue Assistance S.p.A. e rimborso dell'80% delle spese sostenute la franchigia verrà applicata sull'effettivo indennizzo.

→ **Art. 41 - Franchigia 2.000,00 euro**

Il rimborso delle spese di cui agli artt. 27, 28, 30, 32, 33, 35 e 36 verrà liquidato con applicazione di una **franchigia fissa di euro 2.000,00**. In caso di convenzionamento con Blue Assistance S.p.A. e rimborso dell'80% delle spese sostenute la franchigia verrà applicata sull'effettivo indennizzo.

→ **Art. 42 - Franchigia 3.000,00 euro**

Il rimborso delle spese di cui agli artt. 27, 28, 30, 32, 33, 35 e 36 verrà liquidato con applicazione di una **franchigia fissa di euro 3.000,00**. In caso di convenzionamento con Blue Assistance S.p.A. e rimborso dell'80% delle spese sostenute la franchigia verrà applicata sull'effettivo indennizzo.

INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO/CONVALESCENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

→ **Art. 43 - Indennità da ricovero a seguito di infortunio e/o malattia**

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza o da malattia, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza e per una durata massima di **365 giorni per ricovero e per anno assicurativo**.

Per i ricoveri in day hospital l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta al **50%** e soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una **durata non inferiore a tre giorni consecutivi**, esclusi i festivi.

Per i ricoveri in day surgery l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta al **100%**.

In caso di ricovero dell'Assicurata in istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza, con il massimo di **7 giorni** per ricovero.

→ **Art. 44 - Indennità da convalescenza a seguito di infortunio e/o malattia**

In caso di convalescenza, indennizzabile ai sensi di polizza e immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale l'Assicurato sia stato ricoverato per intervento chirurgico o, se per altre cause, qualora il ricovero abbia avuto una durata non inferiore a **3 giorni consecutivi**, la Società corrisponde una indennità giornaliera di un importo pari al **50%** di quella assicurata per il ricovero fino ad un massimo di **40 giorni per sinistro e per anno assicurativo**.

La convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica da prodursi in originale. Detta indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione suddetta; qualora conseguente a ricoveri in regime di day hospital e/o day surgery l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione** da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di **10 giorni per evento e annualità assicurativa**.

L'indennità di convalescenza non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto.

TUTELA LEGALE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Arbitrato è una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza;

Attività giudiziale	è l'attività che viene svolta avanti ad un Giudice, secondo quanto previsto dall'ordinamento giuridico, per arrivare ad una sentenza che decida sul fatto rappresentato dalle parti in giudizio;
Attività stragiudiziale	è l'attività che viene svolta tentando una mediazione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il ricorso al giudice;
Contravvenzione	è un reato (vedi alla voce Reati). Nelle contravvenzioni non si considera l'elemento psicologico e cioè la volontarietà di chi lo ha commesso: per la legge è irrilevante se il fatto è stato commesso volontariamente o involontariamente. Le contravvenzioni sono punite con l'arresto e/o l'ammenda.
Danno extracontrattuale	è il danno ingiusto derivante da un fatto illecito: tipicamente è il danno subito alla persona o a cose in conseguenza di un comportamento colposo di altre persone: esempio tipico il danno subito nel corso di un incidente stradale; oppure il danno subito alla propria abitazione; ma anche il danno subito dal derubato, dal truffato, ecc. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'evento dannoso.
Diritto civile	è il complesso di norme che regola i rapporti tra privati; quando nasce un contrasto tra due soggetti privati questi si rivolgono al giudice perché, in base al diritto civile, decida le ragioni delle parti.
Diritto penale	è il complesso delle norme stabilito per la tutela della collettività contro i comportamenti dannosi dei singoli.
Massimale	l'obbligazione massima della Società per ogni sinistro, per capitale, interessi e spese, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni personali o danni a cose ed animali. Quando è previsto un limite di indennizzo per sinistro o per anno assicurativo, questo non si intende in aggiunta al massimale di garanzia, ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima della Società per capitale, interessi e spese.
Spese di giustizia	sono le spese del processo penale che vengono poste a carico dell'imputato in caso di sua condanna.
Spese di soccombenza	sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti.
Spese peritali	sono quelle relative all'opera del perito nominato dal giudice (C.T.U. consulente tecnico di ufficio) o dalle parti (consulente di parte).
Transazione	accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o ne prevengono una che potrebbe nascere.
Tutela legale	l'assicurazione Tutela Legale ai sensi degli articoli 163, 164, 173 e 174 del codice delle assicurazioni private – D.lgs 209/2005
Vertenza contrattuale	controversia insorta a seguito del mancato rispetto, da una delle parti, di un obbligo derivante da accordi, patti o contratti

Premessa: La Società provvede alla gestione dei sinistri di Tutela Legale ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private – Decreto Legislativo 209/2005.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

→ **Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

→ **Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

→ **Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione**

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

→ **Art. 4 - Aggravamento del rischio**

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

→ **Art. 5 - Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

→ **Art. 6 - Limite massimo di indennizzo**

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del codice civile, per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare massimale o somma maggiore di quella assicurata.

→ **Art. 7 - Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. La suddetta facoltà di recesso è applicabile anche al Contraente.

In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

→ **Art. 8 - Altre assicurazioni**

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati.

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

→ **Art. 9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno **60 giorni** prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

→ **Art. 10 - Oneri fiscali**

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

→ **Art. 11 - Foro competente**

Il Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

→ **Art. 12 - Rinvio alle norme di legge**

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE

→ **Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione**

La Società assume a proprio carico, **nei limiti del massimale di 15.000,00 euro per ogni sinistro e senza limite annuo e delle condizioni previste in polizza**, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si renda necessaria a tutela dei diritti dell'Assicurato, conseguente ad un sinistro rientrante in garanzia.

Vi rientrano le spese:

- per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del sinistro anche quando la vertenza venga trattata innanzi ad un organismo di mediazione;
- le indennità, a carico dell'Assicurato, spettanti all'Organismo di Mediazione, per controversie che prevedono la mediazione civile obbligatoria;
- per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte, sempreché la nomina sia stata autorizzata dalla Società;
- di giustizia;
- liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza;
- conseguenti ad una transazione autorizzata dalla Società comprese le spese della controparte;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- sostenute dall'Assicurato per la costituzione di parte civile, nell'ambito del procedimento penale a carico della controparte;
- processuali nel processo penale;
- degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- per il contributo unificato; per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuti dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.
- di domiciliazione, esclusa ogni duplicazione di onorari e l'indennità di trasferta; nel caso in cui l'eventuale fase giudiziale dovesse radicarsi presso un organo giudiziario avente sede fuori dal distretto cui è assegnato il legale incaricato.

La Società assume a proprio carico l'I.V.A. esposta nelle fatture dei professionisti (Avvocati e Periti incaricati) sempreché tale onere fiscale non sia detraibile dall'Assicurato.

→ **Art. 14 - Ambito e garanzie**

La garanzia è prestata a tutela dei diritti dell'Assicurato, in caso di degenza o ricovero, presso istituti di cura, pubblici o privati, conseguenti a malattia o infortuni o altre tipologie garantite dalla polizza principale " malattia "

Tale tutela legale riguarda i seguenti casi:

- sostenere controversie relative a danni subiti dall'Assicurato per fatti illeciti di altri soggetti inerenti a malattia o infortuni o altre tipologie garantite dalla polizza principale " malattia "; sono compresi i danni alle cose di sua appartenenza. E' altresì compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale, a mezzo di costituzione di parte civile.
- Sostenere controversie relative a inadempienze contrattuali di controparte inerenti a malattia o infortuni o altre tipologie garantite dalla polizza principale " malattia ".

A titolo esemplificativo e non esaustivo sono comprese le vertenze con:

- strutture sanitarie pubbliche o private per interventi chirurgici, diagnosi o terapie;
- medici o altri professionisti sanitari, regolarmente iscritti, ai relativi Albi o Ordini professionali;
- strutture o laboratori per effettuare analisi cliniche o terapie;
- vettori pubblici o privati per il trasporto a seguito dell'infortunio \ malattia;
- strutture o società pubbliche o private addette alla riabilitazione o a prestare particolari cure prescritte dal medico curante.

E' altresì compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale, a mezzo di costituzione di parte civile.

- Sostenere controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali a seguito di vertenze inerenti a malattia o infortuni o altre tipologie garantite dalla polizza principale " malattia ".

→ **Art. 15 - Estensione territoriale delle garanzie**

Le garanzie riguardano i sinistri, che insorgano e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- nelle ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatto illecito di terzi; di procedimento penale l'assicurazione vale per i sinistri che insorgono:
 - nei Paesi dell'Unione Europea ed inoltre nel Liechtenstein, Principato di Monaco ed in Svizzera.
- nelle ipotesi di vertenze contrattuali l'assicurazione vale per i sinistri che insorgono:
 - In Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

→ **Art. 16 - Esclusioni**

La garanzia è esclusa per:

- 1) **danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;**
- 2) **vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e donazioni;**
- 3) **fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze esplosive o radioattive;**
- 4) **materia fiscale/tributaria e materia amministrativa**
- 5) **controversie e procedimenti penali derivanti dalla proprietà, dall'utilizzo o dalla guida di veicoli in genere;**

- 6) **controversie e procedimenti penali riferibili a fatti derivanti da attività sportive svolte in modo professionale;**
- 7) **il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;**
- 8) **fatti dolosi delle persone Assicurate;**
- 9) **fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;**
- 10) **controversie tra Assicurati;**
- 11) **controversie relative alla compravendita o permuta o locazione di immobili di qualsiasi genere;**
- 12) **controversie con la Società o con periti o consulenti di parte incaricati per la valutazione di quanto liquidato nella polizza principale.**

→ **Art. 17 - Insorgenza del sinistro - operatività della garanzia**

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono:

- dalle ore 24 del giorno di stipulazione del contratto, se si tratta di controversia relativa a risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale o di opposizione alle sanzioni amministrative;
- trascorsi 90 giorni dalla stipulazione del contratto negli altri casi;
- la garanzia si estende ai sinistri insorti nel periodo contrattuale, ma manifestatisi e denunciati entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione del contratto;
- La garanzia opera anche prima della notifica all'Assicurato dell'Informazione di Garanzia, nei casi di Presentazione spontanea (art. 374 del Codice di Procedura Penale), di Invito a presentarsi (art. 375 del Codice di Procedura Penale) e di Accompagnamento coattivo (art. 376 del Codice di Procedura Penale);
- La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti;
- Il sinistro è unico a tutti gli effetti, in presenza di vertenze, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- Il sinistro è unico a tutti gli effetti, in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate;
- In tali ipotesi la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti; il massimale resta unico e viene ripartito fra le parti interessate indipendentemente dalle spese legali o peritali sostenute da ciascuno di essi.

→ **Art. 18 - Denuncia del sinistro e scelta del legale**

L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro alla Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato dovrà far pervenire alla Società la notizia di ogni atto, a lui notificato tramite Ufficiale Giudiziario, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo, l'Assicurato può indicare alla Società un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società lo invita a scegliere il proprio Legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il Legale al quale l'Assicurato deve conferire il mandato.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società.

→ **Art. 19 - Gestione del sinistro tutela legale**

Ricevuta la denuncia del sinistro, la Società (ai sensi dell'art. 164 comma2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs. 209/05) si riserva la facoltà di gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la Società trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Articolo 19 " Denuncia del sinistro e scelta del Legale".

Per ogni stato della vertenza e grado di giudizio gli incarichi a legali e/o periti devono essere preventivamente concordati con la Società; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure.

L'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo verrà estesa a due tentativi.

L'Assicurato, senza preventiva autorizzazione della Società, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale.

Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benessere - i quali verranno ratificati dalla Società, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione. La Società non è responsabile dell'operato di legali e periti.

→ **Art. 20 - Disaccordo sulla gestione del sinistro - arbitrato**

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e la Società sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno

accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere dalla Società la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito dalla Società stessa, in linea di fatto o di diritto.

→ **Art. 21 - Recupero di somme**

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta alla Società quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

→ **Art. 22 - Mediazione**

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e la Società sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere dalla Società la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito dalla Società stessa, in linea di fatto o di diritto.

Qualora l'assicurato intenda adire le vie giudiziarie, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione obbligatoria, previsto dal D.Lgs. nr. 28 del 4 marzo 2010 come condizione di procedibilità della stessa."

ASSISTENZA

DEFINIZIONI

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Effetto e durata	Dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale	Si intendono i Paesi, ove si è verificato il sinistro ed in cui le prestazioni vengono fornite fatto salvo quanto esplicitamente indicato nelle singole sezioni. Si dividono in tre gruppi: A) ITALIA :Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. B) EUROPA: i paesi del gruppo A) ed i seguenti Paesi: Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca (esclusa la Groenlandia), Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia (esclusi i Monti Urali), Serbia e Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina e Ungheria. C) MONDO: i paesi del gruppo B) e tutti i restanti Paesi del mondo. Paesi esclusi: Sono esclusi le seguenti aree geografiche: Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.
Infortunio	Sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia Improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattia Preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Prestazioni	L'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nell'accadimento di un sinistro rientrante nella garanzia assistenza ovvero nel momento del bisogno, da parte di ITAS, tramite la Struttura Organizzativa, in caso di sinistro.
Residenza	Il luogo in cui la persona fisica ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.
Sinistro	Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.
Società	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;
Struttura Organizzativa	la struttura di Blue Assistance S.p.A. costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

→ **Art. 1 - Consulenza medica**

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

→ **Art. 2 - Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia**

Qualora, **a seguito di infortunio o malattia improvvisa** l'Assicurato, necessiti di un medico dalle ore 20:00 alle ore 8:00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a spese della Società uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

→ **Art. 3 - Trasporto in autoambulanza in Italia**

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

→ **Art. 4 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato**

Qualora l'Assicurato, **a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà, tenendo la Società a carico delle spese, ad:

- individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario (limitatamente ai Paesi europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
 - assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Struttura Organizzativa.

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

→ **Art. 5 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato**

Qualora l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al precedente punto quattro, venga dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà, tenendo ITAS ASSISTENZA INFORTUNI Società a carico delle spese, al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo tra i seguenti:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

→ **Art. 6 - Rientro sanitario**

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

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. **La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.** La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società, ha il diritto di richiedere all'Assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

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

→ **Art. 7 - Invio di un infermiere al domicilio**

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale **a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario **fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per sinistro.**

→ **Art. 8 - Invio Collaboratrice familiare**

Qualora l'Assicurato, **a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a **5 giorni** e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, tenendo la Società a carico il relativo costo **fino ad un massimo di € 200 per sinistro.**

→ **Art. 9 - Consegna spesa al domicilio**

Qualora l'Assicurato, **in seguito a ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio o malattia improvvisa**, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi **15 giorni** di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso convenzionale di due ore ad intervento e **per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero. I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'assicurato.**

→ **Art. 10 - Invio di un aiuto per la famiglia**

Qualora l'improvviso ricovero in ospedale dell'Assicurato **a seguito di infortunio o malattia improvvisa** rendesse necessaria la presenza di una persona che si prenda cura dei suoi figli minorenni a casa, la Struttura Organizzativa procurerà una persona fidata oppure organizzerà il viaggio di andata e ritorno di un parente, domiciliato in Italia, per permettergli di trasferirsi a casa dell'Assicurato.

La società terrà a proprio carico i relativi costi **fino ad un massimo di 48 ore per sinistro.**

→ **Art. 11 - Rientro con un familiare**

Qualora, **a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro con un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. La Società ha il diritto di richiedere all'accompagnatore dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.

→ **Art. 12 - Accompagnamento di minori**

Qualora l'Assicurato in viaggio, accompagnato da **minori di 15 anni**, purché assicurati, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un familiare convi-

vente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. **Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.**

L'assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

→ **Art. 13 - Interprete a disposizione**
(Prestazione valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato **a seguito di infortunio o malattia improvvisa** necessiti dell'intervento di un interprete, la Struttura Organizzativa provvede ad inviarlo tenendone a proprio carico l'onorario **fino ad un massimo di 8 ore lavorative**.

→ **Art. 14 - Rimpatrio salma**
(Prestazione valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato sia deceduto **a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 5.000 euro per sinistro**, ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, **la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate**.

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

MEDICAL ADVICE PROGRAM (MAP)

(In funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, **a seguito di infortunio o malattia improvvisa**, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico - diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

→ **Art. 1 - Consulenza medica di secondo livello**

I medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

→ **Art. 2 - Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente **fino ad un massimo di 200.00 euro per sinistro**.

I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

→ **Art.3 - Attivazione del secondo parere internazionale**

Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

ESCLUSIONI ASSISTENZA

1. **Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato più di tre volte per tipo entro ciascun anno di validità della polizza.**
2. **La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.**
3. **L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro.**
4. **Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:**
 - a) **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
 - b) **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
 - c) **dolo dell'Assicurato;**
 - d) **suicidio o tentato suicidio;**
 - e) **infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;**
 - f) **malattie nervose e mentali; malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; malattie di cui l'Assicurato era a conoscenza ma non dichiarate nel questionario anamnestico e le malattie preesistenti dichiarate nel questionario anamnestico ed escluse dalla copertura assicurativa dalla Società;**
 - g) **malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
 - h) **l'espianto e/o il trapianto di organi.**
5. **Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.**
6. **Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
7. **Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 Cod. Civ.**
8. **Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.**
9. **Il diritto alle assistenze fornite dalla Società, decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.**
10. **La polizza è regolata dalle legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.**
11. **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.**

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA ASSISTENZA

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde: **800.55.55.77**

Per chiamate dall'estero comporre il seguente numero telefonico: **+39.0461.89.64.53**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- Il tipo di assistenza di cui necessita

- Nome e Cognome

- Numero di polizza preceduto dalla sigla **ITIN**

- Indirizzo del luogo in cui si trova

- Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

ALLEGATO N° 1 – INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Cranioplastiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta od indiretta
- Operazioni per encefalo meningocele
- Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Emisferectomia
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- Vagotomia per via toracica

FACCIA E BOCCA

- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Demolizione dell'osso frontale
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture del condilo e dell'ipofisi coronoide mandibolare
- Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture dei mascellari superiori.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

ESOFAGO

- Interventi per diverticolo all'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori

TORACE

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- Intervento sul mediastino per tumori
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia
- Decorticazione polmonare
- Pleuro pneumectomia
- Toracectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi

- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Asportazione del timo
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commissurotomia
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
- Sostituzione valvolare con protesi
- Infartectomia in fase acuta
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- By-pass aorto-coronarico con vena
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio
- Impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore

STOMACO E DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Cardiomiectomia extramucosa

PERITONEO ED INTESTINO

- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo-cecale
- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale

RETTO

- Amputazione del retto per via sacrale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

FEGATO E VIE BILIARI

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecisto e enterostomia)

PANCREAS E MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazioni delle cisti; marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa della coda
- Splenectomia
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Anastomosi mesenterica-cava

VASI

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca

- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale

PEDIATRIA

- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell'esofago
- Fistola dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice - abbassamento ad domino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare - abbassamento addomino perineale
- Eteratoma sacrococcigeo
- Megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroprotesi di anca
- Endoprotesi di femore
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Protesi di Thompson
- Artroprotesi vertebrali anteriori e/o posteriori

UROLOGIA

- Intervento per fistola vescico rettale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Ileocisto plastica - colcisto plastica
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia della vescica

APPARATO GENITALE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- Metroplastica
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia totale

OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Timpanoplastica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia

- Resezione del nervo petroso superficiale

LARINGE

- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia
- Faringolaringectomia

SI CONSIDERANO "INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA" ANCHE:

- il trapianto ed espianto di organi;
- gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti nell'elenco precedente;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

ALLEGATO N° 2 – GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace;
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PLEGIA

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (superiori o inferiori). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

ALLEGATO N° 3 – CONVENZIONE ITAS – BLUE ASSISTANCE S.P.A.

1. Chi è e come opera Blue Assistance S.p.A.

Blue Assistance S.p.A., con sede in via Santa Maria, 11 – 10122 Torino, è la società specializzata nel settore della assistenza medica che, in virtù di una particolare convenzione con le Società del Gruppo ITAS, mette a disposizione degli Assicurati con la polizza ITAS "A-DOC" particolari servizi in campo sanitario, tra cui, principalmente, forme di assistenza sanitaria diretta (ricovero presso strutture e medici convenzionati senza esborsi da parte degli Assicurati) e assistenza sanitaria indiretta (rimborso di spese sostenute dagli Assicurati medesimi) il tutto nei termini delle garanzie previste dalla polizza "A-DOC".

Blue Assistance S.p.A., ha stipulato convenzioni, in Italia e all'estero, con strutture sanitarie qualificate per fornire agli Assicurati in tutto il territorio italiano e in molte località estere, efficienti servizi in risposta a necessità di ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici anche non ospedalieri.

Blue Assistance S.p.A., provvede anche alla raccolta della documentazione sanitaria, comprese le fatture e le notule, relativa alle prestazioni fornite dai centri convenzionati.

Blue Assistance S.p.A., provvede inoltre ad inviare all'Assicurato la documentazione di spesa.

2. Come accedere alle prestazioni di Blue Assistance S.p.A.

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno il numero verde: 800.55.55.77

Per le chiamate dall'estero comporre il seguente numero telefonico: **+39.0461.89.64.53**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Indirizzo del luogo in cui si trova
4. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

La preventiva richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa, l'invio della prescrizione del medico che certifichi la necessità del ricovero o dell'intervento chirurgico e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa dell'avvenuta organizzazione della prestazione, sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto. All'atto del ricevimento della certificazione medica la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza alla struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) il pagamento diretto nel rispetto delle Condizioni Generali di Assicurazione.

L'Assicurato all'atto del ricovero, dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno", documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Centro Convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Una volta garantito il pagamento diretto e alle dimissioni, l'Assicurato pagherà direttamente al Centro Clinico Convenzionato le eventuali prestazioni non previste dalla copertura assicurativa (extra, confort ecc.) ed eventuali importi che eccedono il massimale previsto. Tutto quanto sopra trova riscontro nelle specifiche del "fax di presa in carico".

Il Centro Clinico Convenzionato trasmetterà a Blue Assistance S.p.A. direttamente gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le Strutture Sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa, non pregiudica la valutazione da parte della Società dell'indennizzabilità del sinistro a termini di polizza.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI – ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA ESTRATTO DELLO STATUTO

Art. 1 -Costituzione e Sede

E' costituita la Società di Mutua Assicurazione a responsabilità limitata, con la denominazione "ITAS – Istituto Trentino-Alto Adige per Assicurazioni società mutua di assicurazioni" o anche "ITAS Mutua", già eretta il 5 ottobre 1821 con la denominazione Istituto Provinciale Incendi.

La denominazione tedesca è "ITAS - Landesversicherungsanstalt Trentino-Südtirol V.V.a.G." o anche "ITAS Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit" ovvero «ITAS V.V.a.G. ».

L'ITAS Mutua ha sede in Trento, Piazza delle Donne Lavoratrici, 2. Esso può esercitare la sua attività sia in Italia che all'estero.

Art. 5 -Contribuzioni

A tale scopo i Soci-Assicurati si obbligano di contribuire con gli occorrenti mezzi, secondo le disposizioni del presente Statuto. La responsabilità dei Soci-Assicurati è limitata al solo pagamento dei contributi annui stabiliti dallo Statuto e finisce col cessare dell'assicurazione. La responsabilità dei Soci Sovventori e dei Soci Sovventori partner è limitata alle quote sottoscritte. È esclusa ogni garanzia sussidiaria. Le obbligazioni della Società sono garantite dal patrimonio sociale.

Art. 11 -Vincolo sociale

Il vincolo sociale nei confronti del Socio-Assicurato è obbligatorio per il periodo indicato nella polizza di assicurazione dallo stesso stipulata e si rinnova, unitamente al contratto di assicurazione, per l'ulteriore periodo indicato nella polizza o previsto dalla legge, qualora non venga esercitata la facoltà di disdetta, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa nonché delle clausole contrattuali.

Salvo il caso in cui la morte del Socio-Assicurato comporti necessariamente la cessazione del rischio, gli eredi del Socio-Assicurato subentrano, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, solidalmente nel rapporto sociale, rispettivamente nell'assicurazione.

Nel caso in cui la legge e le condizioni generali di assicurazione stabiliscano il trasferimento dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto d'assicurazione, il subentrante acquista la qualità di Socio-Assicurato.

La mora del Socio-Assicurato non risolve da sola il vincolo sociale, ferme rimanendo le conseguenze dell'inadempimento.

Art. 26 -Rappresentanza

La rappresentanza legale dell'ITAS Mutua spetta al Presidente, ai Vicepresidenti del Consiglio di amministrazione solo in caso di urgenza o impedimento del Presidente, all'Amministratore Delegato e, ove nominato, al Direttore Generale.

Il Consiglio di amministrazione per gli atti di ordinaria amministrazione nell'ambito dell'area di competenza, può attribuire la rappresentanza legale ai Dirigenti.

La rappresentanza legale si esprime con l'apposizione, sotto la denominazione della Società, delle firme di due delle persone precedentemente indicate, con la precisazione che con la firma abbinata di due dirigenti la rappresentanza legale si esercita unicamente in relazione alle aree di competenza degli stessi. Resta comunque salvo quanto diversamente deliberato dal Consiglio in relazione a particolari fattispecie.

La rappresentanza giudiziaria spetta ai rappresentanti legali, oltre che ai Dirigenti ai quali sia demandata dal Consiglio di amministrazione (sempre con le modalità di cui precedente comma).

Il Consiglio di amministrazione definisce il sistema delle procure e deleghe aziendali, attribuendo la rappresentanza della società anche a dipendenti o terzi con procure per singoli atti o categorie di atti contenenti le relative modalità di firma.

Il Consiglio di amministrazione può autorizzare che determinati documenti e corrispondenze vengano sottoscritti in tutto o in parte con riproduzione meccanica della firma.

Copia integrale dello Statuto è a disposizione dei Soci – Assicurati presso la Sede dell'Agenzia.



ITAS MUTUA

Società capogruppo

Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38122 Trento - Italia - Tel. 0461 891711 - Fax 0461 980297

gruppooitas.it - segreteria.dirgen@gruppooitas.it - itas.mutua@pec-gruppooitas.it

P. Iva / C. F. / Registro Imprese di Trento n° 00110750221 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. n° 966 del 29.4.1923 - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00008