



Per Te Salute Reale

Contratto di assicurazione
per la tutela della salute e dell'integrità fisica

Mod. 5111/FI MAL - Ed. 05/11

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO** contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**

**REALE
MUTUA**
ASSICURAZIONI

— Parte del tuo mondo dal 1828 —

Per Te Salute Reale

La serenità di sentirsi sicuri.

Condizioni di assicurazione

DEFINIZIONI	Pag.	5
CONDIZIONI GENERALI	Pag.	7
SEZIONE MALATTIE	Pag.	8
Cosa assicuriamo	Pag.	8
Chi e cosa non assicuriamo	Pag.	13
Come avviene la liquidazione del sinistro	Pag.	15
SEZIONE ASSISTENZA	Pag.	19
Cosa assicuriamo	Pag.	19
Cosa non assicuriamo	Pag.	23
Gestione del sinistro	Pag.	24
APPENDICE 1	Pag.	25
Tabelle di incremento del premio per età sulle polizze di durata annuale	Pag.	25
APPENDICE 2	Pag.	29
Elenco delle Gravi Patologie	Pag.	29

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in *corsivo*.

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte del Gruppo Reale Mutua, che provvede, per conto della stessa, alla liquidazione dei *sinistri* della Sezione Malattie.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance*, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

FRANCHIGIA / SCOPERTO

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

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

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

Sono considerati *interventi chirurgici* anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

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

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

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

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

MASSIMALE

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

MODULO DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

premio e la sottoscrizione delle Parti (Mod. 5112 MAL).

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge, convivente more uxorio e figli conviventi con il Contraente, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia.

POLIZZA

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

RESIDENZA

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

RICOVERO

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

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Per la Sezione Malattie si considerano *siniestro*: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico* (con o senza *ricovero*), il *ricovero* domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

STRUTTURA SANITARIA

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

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, presso i quali l'Assicurato – previo accordo telefonico con la stessa – può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, *interventi chirurgici* e *ricoveri* resi necessari dal suo stato di salute.

L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato ed effettuate unicamente in *strutture sanitarie* autorizzate.

VISITA SPECIALISTICA

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o 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.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Ferma la facoltà del *Contraente* di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni, l'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nel *modulo di polizza*, senza necessità di disdetta.

1.4 INDICIZZAZIONE

La *polizza* è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'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. Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- ◆ al termine "Indice": l'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;
- ◆ al termine "Indice Base": l'indice relativo

al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;

- ◆ al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;

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

Viene fatta salva la facoltà da parte di Reale Mutua, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del premio.

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

1.5 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ - POLIZZE DI DURATA ANNUALE

Il premio di ogni garanzia della Sezione Malattie, relativamente alle *polizze* di durata annuale, è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali indicate nelle tabelle riportate nell'Appendice 1 di pagina 25.

All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente punto 1.4.

1.6 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario Mod. 5076 MAL, che forma parte integrante della polizza. E' necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal questionario sanitario.

Per la sola garanzia Gravi Patologie non è richiesta la compilazione del questionario da parte dell'Assicurato, ferme restando le esclusioni del punto 3.2.

2.1 PREMESSA

Blue Assistance S.p.A. è la società che provvede, per conto di Reale Mutua, alla liquidazione dei sinistri secondo le modalità previste in polizza ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia e all'estero.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it.

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.

2.2 GARANZIA RICOVERI – OPZIONE GRAVI PATOLOGIE

Reale Mutua paga le spese elencate al punto 2.3 sostenute dall'Assicurato per i ricoveri e/o gli interventi chirurgici resi necessari dalle patologie elencate nella tabella riportata nell'Appendice 2 di pag. 29, con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella stessa.

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

In caso di ricovero dovuto a ictus cerebrale o a paralisi, che non comporti intervento chirur-

gico, Reale Mutua riconosce le prestazioni assicurate per un massimo di 60 giorni di ricovero per anno assicurativo.

Non sono operanti le garanzie di cui ai punti 2.3.B "Parto" e 2.3.I "Medicina preventiva".

2.3 GARANZIA RICOVERI – OPZIONI STANDARD E TOP

A RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero o di intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio indennizzabili a termini di polizza, Reale Mutua paga, con le modalità previste al punto 2.4 per l'opzione scelta e indicata nel modulo di polizza, le spese sostenute dall'Assicurato per:

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

gnatore nella *struttura sanitaria*, **con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo;**

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

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

B PARTO

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente punto.

Sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per sinistro:

- ◆ **opzione Standard: € 3.000 in caso di parto naturale, € 6.000 in caso di parto cesareo;**
- ◆ **opzione Top: € 5.000 in caso di parto naturale, € 10.000 in caso di parto cesareo.**

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

Reale Mutua paga inoltre le spese relative alle prestazioni eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, **purché siano inerenti lo stato di gravidanza e fino alla concorrenza dei seguenti importi complessivi per tutto il periodo suindicato:**

- ◆ **opzione Standard: € 300;**
- ◆ **opzione Top: € 500.**

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste al punto 2.4 per l'opzione scelta e indicata nel modulo di polizza:**

- ◆ *visite specialistiche;*
- ◆ accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- ◆ *trattamenti di fisioterapia;*
- ◆ trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- ◆ cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con esclusione delle spese alberghiere.**

D RICOVERO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO DI ORGANI

Reale Mutua paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto di organi, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente. Se l'Assicurato è ricevente Reale Mutua paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

F INDENNITA' SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde l'importo indicato al punto 2.4 per l'opzione scelta e indicata nel *modulo di polizza*, per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.

In caso di dialisi, l'indennità è corrisposta per un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

Per il parto naturale e cesareo viene corrisposto l'indennizzo forfettario indicato al punto 2.3.B.

Qualora il *ricovero* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assi-

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

curato può scegliere tra l'indennità di cui sopra o il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per sinistro**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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

H CURA PER A.I.D.S.

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

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

I MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per i seguenti accertamenti diagnostici:

- a.** per neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
- b.** per i maggiori di 6 anni e minori di 18 anni: visita ortodontica;
- c.** per i maggiori di 18 anni di età:
 - ◆ esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, gli-

cemia, uricemia, creatininemia, GOT/GPT, HbsAg, emocromo completo, PSA, ricerca sangue occulto nelle feci, esame urine completo);

- ◆ pap test;
- ◆ mammografia;
- ◆ ecografia prostatica;
- ◆ pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
- ◆ elettrocardiogramma;
- ◆ visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

Gli accertamenti devono essere effettuati presso poliambulatori convenzionati con Blue Assistance, previo accordo telefonico con la medesima. Ciascun Assicurato può effettuare gli accertamenti suindicati una volta ogni due anni.

L CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza la garanzia opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite, **sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.** La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

2.4 MASSIMALE/MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE CON LA GARANZIA RICOVERI

A MASSIMALE

- 1 Opzioni Gravi Patologie e Standard: € 300.000 per persona e per anno assicurativo;**
- 2 Opzione Top: € 500.000 per persona e per anno assicurativo.**

B MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

- 1 Opzioni Gravi Patologie e Standard.**

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue*

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Assistance, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'Assicurato.

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, **con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 100 ed il massimo di € 5.000 per sinistro. È inoltre previsto un limite di indennizzo di € 400 (IVA inclusa) al giorno per la retta di degenza.**

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

- ◆ paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria*;
- ◆ rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica, **con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 100 ed il massimo di € 5.000 per sinistro.**

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui al punto 2.3.C, sono rimborsate:

- ◆ **se effettuate nei 60 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico e purchè siano ad essi inerenti;**
- ◆ integralmente se effettuate in *strutture convenzionate* con *medici convenzionati* o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, **con l'applicazione di uno scoperto del 20% negli altri casi.**

L'**Indennità sostitutiva** del rimborso, di cui al punto 2.3.F, è pari a **€ 200**.

2 Opzione Top.

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'Assicurato.

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assi-*

stance, o di utilizzo di *strutture sanitarie* e *medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, **con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il massimo di € 2.000 per sinistro.**

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

- ◆ paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria*;
- ◆ rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica, **con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il massimo di € 2.000 per sinistro.**

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui al punto 2.3.C, sono rimborsate:

- ◆ **se effettuate nei 90 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico e purchè siano ad essi inerenti;**
- ◆ integralmente se effettuate in *strutture convenzionate* con *medici convenzionati* o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, **con l'applicazione di uno scoperto del 10% negli altri casi.**

L'**Indennità sostitutiva** del rimborso, di cui al punto 2.3.F, è pari a **€ 300**.

2.5 GARANZIA SPECIALISTICA - OPZIONI STANDARD E TOP

Reale Mutua paga, **con le modalità previste al punto 2.6 per l'opzione scelta e indicata nel modulo di polizza**, le spese, non rientranti in altre garanzie, sostenute dall'Assicurato per:

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

2.6 MASSIMALE/MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE CON LA GARANZIA SPECIALISTICA

A MASSIMALE

- 1 Opzione Standard: € 5.000 per persona e per anno assicurativo;**
- 2 Opzione Top: € 10.000 per persona e per anno assicurativo.**

B MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

1 Opzione Standard.

Per ogni serie di accertamenti diagnostici, per ogni ciclo di *trattamenti di fisio-kinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, **la garanzia opera con uno scoperto del 20% con il minimo di € 50.**

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

Sono esclusi:

- **visite pediatriche e ginecologiche**
- **visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici.**

2 Opzione Top.

Per ogni serie di accertamenti diagnostici, per ogni ciclo di *trattamenti di fisio-kinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, **la garanzia opera con uno scoperto del 10% con il minimo di € 30.**

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

Sono escluse le visite e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici. Le visite pediatriche sono comprese **fino ad un massimo di 3 per anno assicurativo e per persona.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

CHI E COSA NON ASSICURIAMO

3.1 CHI NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali.

La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua. Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non configura aggravamento del rischio.

3.2 COSA NON ASSICURIAMO

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

A *infortuni* derivanti dalla pratica di sports aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;

B *infortuni* derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope, sanzionate ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni; *ricoveri* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;

C conseguenze di:
 ◆ *infortuni* occorsi,
 ◆ *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;

D *malformazioni o difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato al punto 2.3.L;

E *patologie psichiatriche e disturbi psichici*;

F *prestazioni aventi finalità estetiche* (salvi gli *interventi* di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, **quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico**), dimagranti e fitoterapiche;

G *check-up di medicina preventiva*, salvo quanto previsto al punto 2.3.I;

H *interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione* (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);

I *paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche*, salvo quanto previsto al punto 2.3.A.d;

L *aborto volontario non terapeutico*;

M *infertilità, sterilità, impotenza*;

N *sieropositività da virus H.I.V.*;

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

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

3.3 DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo quanto previsto al punto 1.2 e le esclusioni del punto 3.2, la garanzia decorre dalle ore 24:

A del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;

B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) e le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza

ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione);

C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre *malattie*.

In caso di *ricovero*, *intervento chirurgico* o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi. Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Blue Assistance

- ◆ ha sede a Torino – Corso Svizzera n. 185
- ◆ risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO
PREFISSO INTERNAZIONALE
seguito da

011 742 55 55

4.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto al punto 3.3, per “data del *sinistro*” si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

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

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

4.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

La possibilità di utilizzare le prestazioni di *Blue Assistance* è condizionata alla preventiva telefonata al numero verde, in mancanza della quale nessuno dei servizi previsti, neppure il pagamento diretto, è operante.

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

alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

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

4.3 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – GARANZIA RICOVERI

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

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

Prima di accedere alla *struttura sanitaria* l'*Assicurato* deve telefonare a *Blue Assistance*.

Il personale di *Blue Assistance*, operante 24 ore su 24, provvede alla prenotazione delle *strutture sanitarie* e dei *medici chirurghi*, scelti dall'*Assicurato*, tra quelli *convenzionati*, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.

Al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* deve presentare la propria *Memo Card Blue Assistance* e compilare la “*Richiesta di prestazione*” che costituisce la denuncia del *sinistro*.

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

Resta convenuto che:

- ◆ **l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione,**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;

- ◆ relativamente alla garanzia Ricoveri – opzione Gravi Patologie, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- ◆ nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

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

L'Assicurato che utilizzi:

- a. strutture sanitarie e medici non convenzionati
- b. strutture sanitarie e medici chirurgici convenzionati senza preventivo accordo con *Blue Assistance*,

deve:

- ◆ dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance*, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
- ◆ fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria in garanzia;
- ◆ provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture e delle note, fiscalmente regolari e quie-

tanzati, che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato con le regole e i limiti previsti al punto 2.4.

C UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, *Blue Assistance* paga direttamente la struttura sanitaria (fermo quanto previsto per la stessa al punto 4.3.A), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.

Blue Assistance rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato relativamente all'equipe medico-chirurgica con le regole e i limiti previsti al punto 2.4.

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui al punto 2.3.C, non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'Assicurato con le regole e i limiti previsti al punto 2.4.

E UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O DI FONDI O MUTUE PRIVATE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale o a fondi o mutue private, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato al

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

punto 2.3.F) o al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato.

F RICOVERO ALL'ESTERO PER MALATTIA IMPROVVISA O INFORTUNIO

Per i ricoveri all'estero resi necessari da *malattia* improvvisa o da *infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese viene effettuato integralmente anche in caso di ricorso a *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*.

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

L'Assicurato deve provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute, che vengono poi rimborsate da *Blue Assistance*.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

4.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – GARANZIA SPECIALISTICA

L'Assicurato deve provvedere direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- ◆ **fornire la prescrizione del medico curante attestante la *malattia* o l'*infortunio*, la diagnosi accertata in caso di *visita specialistica* o gli esiti degli accertamenti diagnostici;**
- ◆ **presentare a *Blue Assistance* gli originali delle fatture e delle note, fiscalmente regolari e quietanzati**, che saranno poi restituiti con indicazione dell'avvenuta liquidazione.

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato, **al netto dello scoperto**, entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

4.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- ◆ **sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;**
- ◆ **produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

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

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

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

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

4.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- A** **mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;

B mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle Parti

e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Reale Mutua eroga la prestazione di assistenza nel caso si renda necessaria a causa degli eventi di seguito indicati.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

◆ **telefono, ai numeri:**

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO
PREFISSO INTERNAZIONALE
seguito da

011 742 55 55

◆ **posta elettronica, all'indirizzo:**
assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- ◆ le proprie generalità
- ◆ il numero di *polizza*
- ◆ il tipo di assistenza richiesta
- ◆ il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie sotto riportate solo se esplicitamente richiamate nel *modulo di polizza*.

5.1 GARANZIA ASSISTENZA PERSONA – OPZIONE STANDARD

A CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.** Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

B BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

Servizio, a seguito di parto dell'*Assicurata*, di crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale e di assistenza a tutte le fasi preliminari presso pri-

maria Struttura europea convenzionata. L'attivazione della prestazione, deve essere richiesta, **entro 60 giorni dalla data presunta del parto**, tramite la *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

Il costo del servizio è a totale carico dell'Assicurata.

C PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ogni *Assicurato* e per anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una struttura sanitaria richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- ◆ stampelle;
- ◆ sedia a rotelle;
- ◆ letto ortopedico;
- ◆ materasso antidecubito;

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

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

INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, **in quanto certificato nella cartella**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

clinica di dimissione, l'assistenza infermieristica presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro**.

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro**.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO

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

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una *struttura sanitaria* mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza* per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua *residenza* di un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni d'analizzare, la consegna presso

il laboratorio di analisi ed il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

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

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

SECOND OPINION

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

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

Questi forniranno indicazione all'Assicurato su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* od equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di visite specialistiche, immagini

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

radiografiche o quant'altro necessario). Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della *Centrale Operativa*, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.

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

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

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

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

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

D PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una *struttura sanitaria* e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo. **La**

prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per Assicurato.

RIENTRO SANITARIO

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

- 1 organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
 - ◆ aereo sanitario appositamente equipaggiato **(esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo)**;
 - ◆ aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - ◆ treno (prima classe);
 - ◆ autoambulanza;
 - ◆ altri mezzi adatti alla circostanza;
- 2 fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessari cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di A.I.D.S. e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

RIENTRO FUNERARIO

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

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

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

5.2 GARANZIA ASSISTENZA PERSONA – OPZIONE TOP

Sono operanti tutte le prestazioni elencate nella garanzia Assistenza Persona – Standard e le prestazioni sotto riportate.

A PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

SERVIZI SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALI

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria **a seguito di un ricovero superiore a 10 giorni e in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, necessiti di assistenza nel reperimento e attivazione di servizi socio sanitario assistenziali presso la propria residenza **(supporto e aiuto all'igiene personale, governo**

della casa, organizzazione della vita quotidiana, compagnia e comunicazione con la persona e la sua famiglia), la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 600 per sinistro.**

BABY SITTING – DOG SITTING

Qualora l'Assicurato, dal giorno del ricovero presso una struttura sanitaria e **fino ad un massimo di 60 giorni dallo stesso**, necessiti di assistenza nel reperimento e attivazione di baby sitting, dog sitting, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 200 per sinistro.**

B PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

ASSISTENZA AI FIGLI MINORI

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia nell'impossibilità d'occuparsi di figli minori che viaggiano con lui, la Centrale Operativa:

- ◆ mette a disposizione di una persona, incaricata di prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- ◆ prenota per la persona incaricata un albergo. **La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.**

INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante fosse introvabile sul posto, la Centrale Operativa provvede a far pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a rimborsare l'importo.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

COSA NON ASSICURIAMO

6.1 DELIMITAZIONI

Reale Mutua non presta le garanzie qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

A guerre, insurrezioni, occupazioni militari;

B eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;

C trasformazioni o assestamenti ener-

getici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;

D atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

E infortuni derivanti dalla pratica di:
 ♦ sport aerei in genere;
 ♦ partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

GESTIONE DEL SINISTRO

7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

A **fornire ogni informazione richiesta;**

B **sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;

C **produrre**, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, **copia della cartella clinica completa**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

7.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

Reale Mutua ha diritto di richiedere all'Assicurato o chi per esso l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato, nel caso in cui la *Centrale Operativa* abbia provveduto al suo rientro.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

**TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ SULLLE POLIZZE
DI DURATA ANNUALE**

GARANZIA RICOVERI - OPZIONI STANDARD E TOP

Età	% incremento premio per età					
	Zona 1		Zona 2		Zona 3	
	(residenti in Piemonte, Liguria, Lombardia, Lazio)		(residenti in Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Sicilia)		(residenti in Trentino, Friuli, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna)	
	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top
0	-	-	-	-	-	-
1	15,50%	10,47%	15,29%	10,24%	15,33%	10,47%
2	13,42%	9,74%	13,78%	9,60%	13,87%	9,47%
3	11,83%	8,63%	11,66%	8,76%	11,68%	8,97%
4	10,58%	7,95%	10,84%	8,05%	10,45%	7,94%
5	9,57%	7,36%	9,42%	7,21%	9,88%	7,36%
6	8,73%	6,86%	8,61%	6,95%	8,61%	6,85%
7	8,29%	6,60%	8,23%	6,50%	7,93%	6,41%
8	7,42%	6,02%	7,32%	6,10%	7,35%	6,03%
9	6,90%	5,68%	7,09%	5,75%	7,14%	5,89%
10	6,46%	5,37%	6,37%	5,26%	6,39%	5,37%
11	6,07%	5,24%	6,22%	5,17%	6,01%	5,09%
12	5,72%	4,85%	5,64%	4,91%	5,91%	4,85%
13	5,41%	4,62%	5,54%	4,68%	5,35%	4,62%
14	5,13%	4,42%	5,06%	4,47%	5,08%	4,42%
15	4,88%	4,35%	4,81%	4,14%	5,04%	4,39%
16	4,65%	4,05%	4,77%	4,11%	4,60%	4,05%
17	4,59%	3,90%	4,38%	3,95%	4,40%	3,90%
18	4,25%	3,75%	4,36%	3,80%	4,40%	3,75%
19	4,08%	3,61%	4,02%	3,66%	4,04%	3,61%
20	3,92%	3,59%	4,02%	3,42%	3,88%	3,49%
21	3,77%	3,37%	3,72%	3,41%	3,90%	3,50%
22	3,63%	3,26%	3,59%	3,30%	3,59%	3,26%
23	3,51%	3,16%	3,60%	3,20%	3,47%	3,15%
24	3,39%	3,14%	3,34%	3,10%	3,50%	3,06%
25	3,28%	2,97%	3,36%	2,91%	3,24%	2,97%
26	3,28%	2,88%	3,13%	2,92%	3,14%	2,88%
27	3,07%	2,80%	3,15%	2,84%	3,17%	2,90%
28	2,98%	2,72%	2,94%	2,76%	2,95%	2,72%
29	2,89%	2,72%	2,97%	2,60%	2,86%	2,65%
30	2,81%	2,58%	2,77%	2,62%	2,91%	2,58%
31	2,74%	2,52%	2,70%	2,55%	2,71%	2,52%
32	2,15%	1,98%	2,22%	2,00%	2,18%	2,00%
33	1,68%	1,60%	1,68%	1,57%	1,68%	1,60%
34	1,32%	1,18%	1,36%	1,16%	1,32%	1,14%
35	1,06%	0,85%	0,96%	0,92%	0,98%	0,95%
36	0,73%	0,64%	0,76%	0,61%	0,86%	0,60%

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Età	% incremento premio per età					
	Zona 1		Zona 2		Zona 3	
	(residenti in Piemonte, Liguria, Lombardia, Lazio)		(residenti in Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Sicilia)		(residenti in Trentino, Friuli, Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna)	
	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top
37	1,12%	0,90%	1,13%	0,90%	1,07%	0,85%
38	1,35%	1,14%	1,40%	1,12%	1,37%	1,19%
39	1,64%	1,32%	1,66%	1,33%	1,67%	1,34%
40	2,00%	1,61%	1,90%	1,60%	1,85%	1,57%
41	2,11%	1,83%	2,13%	1,79%	2,22%	1,79%
42	2,44%	1,98%	2,43%	2,04%	2,46%	2,00%
43	2,67%	2,17%	2,63%	2,14%	2,60%	2,19%
44	2,81%	2,41%	2,89%	2,43%	2,81%	2,38%
45	3,08%	2,53%	2,97%	2,51%	3,10%	2,54%
46	3,18%	2,68%	3,20%	2,70%	3,18%	2,70%
47	3,34%	2,88%	3,40%	2,82%	3,34%	2,84%
48	3,48%	2,95%	3,44%	2,99%	3,48%	2,97%
49	3,55%	3,07%	3,61%	3,08%	3,61%	3,09%
50	3,71%	3,17%	3,69%	3,16%	3,63%	3,19%
51	3,75%	3,27%	3,75%	3,23%	3,81%	3,22%
52	3,88%	3,35%	3,87%	3,34%	3,81%	3,36%
53	3,89%	3,37%	3,91%	3,44%	3,95%	3,43%
54	3,95%	3,47%	3,94%	3,43%	3,93%	3,43%
55	3,99%	3,52%	3,96%	3,51%	3,97%	3,54%
56	3,98%	3,52%	4,03%	3,58%	4,01%	3,52%
57	4,05%	3,60%	4,03%	3,55%	4,03%	3,56%
58	4,02%	3,58%	4,02%	3,60%	4,05%	3,64%
59	4,07%	3,64%	4,06%	3,65%	4,00%	3,60%
60	4,03%	3,62%	4,04%	3,60%	4,05%	3,66%
61	4,02%	3,66%	4,02%	3,67%	4,05%	3,62%
62	4,01%	3,63%	3,99%	3,62%	3,99%	3,63%
63	3,96%	3,62%	4,00%	3,64%	3,98%	3,63%
64	3,98%	3,62%	3,97%	3,62%	3,96%	3,62%
65	3,93%	3,61%	3,93%	3,59%	3,94%	3,61%
66	3,90%	3,60%	3,89%	3,60%	3,91%	3,60%
67	3,91%	3,58%	3,89%	3,57%	3,89%	3,58%
68	3,82%	3,56%	3,84%	3,57%	3,86%	3,56%
69	3,82%	3,54%	3,80%	3,54%	3,79%	3,54%
70	3,78%	3,52%	3,79%	3,50%	3,79%	3,52%

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

**GARANZIA RICOVERI – OPZIONE GRAVI PATOLOGIE
E GARANZIA SPECIALISTICA – OPZIONI STANDARD E TOP**

Età	% incremento premio per età		
	Ricoveri Gravi Patologie	Specialistica Standard	Specialistica Top
0	-	-	-
1	5,97%	8,96%	3,00%
2	5,63%	8,22%	2,91%
3	5,33%	6,33%	2,83%
4	5,06%	7,14%	2,75%
5	4,82%	6,67%	2,68%
6	4,60%	6,25%	2,61%
7	4,40%	5,88%	2,54%
8	4,21%	5,56%	2,07%
9	4,04%	5,26%	2,43%
10	3,88%	5,00%	2,37%
11	3,74%	4,76%	2,32%
12	3,60%	4,55%	2,26%
13	3,48%	4,35%	2,21%
14	3,36%	4,17%	2,17%
15	3,25%	4,00%	2,12%
16	3,15%	3,85%	2,08%
17	3,05%	3,70%	2,03%
18	2,96%	3,57%	1,99%
19	2,88%	3,45%	1,95%
20	2,80%	3,33%	1,92%
21	2,72%	2,69%	1,88%
22	2,65%	3,14%	1,54%
23	2,58%	3,05%	1,82%
24	2,52%	2,96%	1,79%
25	2,45%	2,87%	1,75%
26	2,40%	2,79%	1,72%
27	2,34%	2,71%	1,69%
28	2,29%	2,64%	1,67%
29	2,23%	2,58%	1,64%
30	2,19%	2,51%	1,61%
31	2,14%	2,45%	1,59%
32	2,09%	2,39%	1,56%
33	2,05%	2,33%	1,54%
34	2,01%	2,28%	1,52%
35	1,97%	2,23%	1,49%
36	1,93%	2,18%	1,47%
37	1,90%	2,14%	1,21%
38	1,86%	2,09%	1,43%
39	1,83%	1,71%	1,41%
40	1,79%	2,01%	1,39%
41	1,76%	1,64%	1,14%
42	1,73%	1,62%	1,13%
43	7,66%	1,59%	1,34%
44	7,11%	2,19%	1,77%

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Età	% incremento premio per età		
	Ricoveri Gravi Patologie	Specialistica Standard	Specialistica Top
45	7,38%	2,15%	1,74%
46	7,56%	2,10%	1,92%
47	7,03%	2,65%	2,09%
48	6,87%	2,58%	2,25%
49	6,70%	2,51%	2,40%
50	6,54%	3,00%	2,54%
51	6,63%	2,91%	2,67%
52	6,22%	2,83%	2,60%
53	6,29%	3,25%	2,90%
54	5,92%	3,15%	2,99%
55	5,97%	3,05%	2,91%
56	5,82%	3,42%	3,16%
57	5,67%	3,30%	3,06%
58	5,53%	3,20%	3,13%
59	5,24%	3,51%	3,33%
60	5,27%	3,39%	3,23%
61	5,29%	3,28%	3,27%
62	5,02%	3,55%	3,30%
63	4,91%	3,43%	3,33%
64	4,80%	3,32%	3,35%
65	4,69%	3,55%	3,37%
66	4,70%	3,43%	3,38%
67	4,49%	3,31%	3,27%
68	4,50%	3,51%	3,39%
69	4,30%	3,39%	3,39%
70	4,31%	3,28%	3,28%

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: <ul style="list-style-type: none"> ◆ cuore ◆ polmone ◆ fegato ◆ pancreas ◆ rene 	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad infortunio ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della malattia. La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ emo-trasfusioni periodiche; ◆ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ◆ trapianto di midollo osseo. <p>La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.</p>
Encefalite acuta	<p>Inflammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..</p>
Cecità	<p>Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da infortunio o malattia. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.</p>
Coma irreversibile	<p>Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da cartella clinica completa.</p>
Paralisi	<p>Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.</p>
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	<p>Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.</p>



S E R V I Z I O

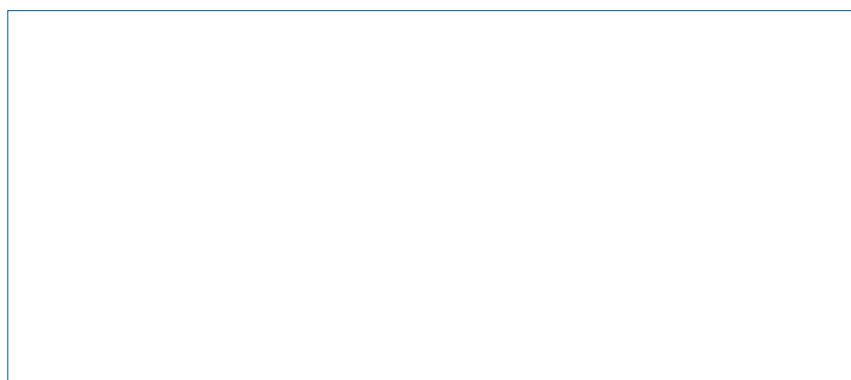
Buongiorno Reale



Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

buongiorno reale@realemutua.it

Per ulteriori informazioni:



SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI

Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) - tel. +39 0114 311 111
fax +39 0114 350 966 - www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018
R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione
Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi



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