CREDEMASSICURAZIONI

PROTEZIONE SALUTE

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

SET INFORMATIVO

Il presente SET INFORMATIVO comprende

- **Documento Informativo Precontrattuale** (DIP Danni)
- **Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo** (DIP Aggiuntivo Danni)
- **Condizioni di Assicurazione** comprensive di **Glossario** (redatte secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”)

e deve essere letto attentamente prima della sottoscrizione del contratto.

Edizione 02/20

Credemassicurazioni S.p.A.
Capitale interamente versato di euro 14.097.120 REA 218847 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01736230358 - Iscrizione all’Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00131- Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia) Tel: +39 0522 586050 - Fax: +39 0522 442041 - www.credemassicurazioni.it - info@credemassicurazioni.it - PEC: info@pec.credemassicurazioni.it

Credemassicurazioni ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e specifici standard di comportamento per i quali si rimanda alla “Comunicazione standard etici” consultabile sul sito www.credemassicurazioni.it

Ufficio delle Entrate Reggio Emilia CREDEMASSICURAZIONI S.p.A.

Contratto di assicurazione per la tutela dai rischi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute delle persone.

CREDEM CREDEMASSICURAZIONI

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Credemassicurazioni S.p.A. Prodotto: Protezione Salute

Data ultimo aggiornamento: 29/02/2020

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza tutela la persona ed eventualmente il suo nucleo familiare dai rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie rese necessarie da infortuni o malattie.

Che cosa è assicurato?

Nel seguito sono sinteticamente illustrate le garanzie offerte dal prodotto, raccolte in sezioni.

SEZIONE I - contiene garanzie che offrono un supporto per le cure mediche.

SPESE MEDICHE

✓ **Rimborso spese pre e post ricovero**: prevede il rimborso delle spese mediche precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico

✓ **Check up sanitario**: prevede il pagamento di un set di esami di medicina preventiva profilati per età e sesso svolti presso poliambulatori convenzionati con Blue Assistance

✓ **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici:** prevede il rimborso delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici resi necessari da infortunio o malattia in assenza di ricovero o di intervento chirurgico

✓ **Forfait in caso di ricovero**: prevede un indennizzo forfettario in caso di ricovero.

AREA NON ASSICURATIVA

Contiene il seguente servizio sempre operante:

✓ **Carta Servizi:** offre la possibilità di effettuare, a tariffe agevolate, le prestazioni dentarie, mediche e fisioterapiche rese dal network di strutture convenzionate con Blue Assistance.

SEZIONE II - contiene servizi e prestazioni per le emergenze che possono verificarsi a seguito di un infortunio o una malattia.

✓ **Assistenza**

✓ **Assistenza dedicata alla famiglia**

Saranno operanti esclusivamente le garanzie esplicitamente scelte indicate nel modulo di polizza.

Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone che, al momento della stipula della polizza, abbiano più di 74 anni.

✗ Non sono considerate assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate.

Le garanzie delle **Sezioni I** e **II** non sono valide nei seguenti casi:

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

✗ infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci

✗ conseguenze di infortuni occorsi nonchè di malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici, prima dell'effetto dell'assicurazione

Inoltre, le garanzie della **Sezione I** non sono valide nei seguenti casi:

✗ infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni

✗ patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze

✗ prestazioni aventi finalità estetiche, dimagranti e fitoterapiche

✗ interventi chirurgici per la correzione di miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia

✗ parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche

✗ aborto volontario non terapeutico

✗ sieropositività da virus H.I.V.

✗ 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)

Le esclusioni elencate non riguardano i servizi non assicurativi previsti dalla Carta Servizi.

Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione vale per le **persone di età** non superiore a **75 anni**.

SEZIONE I - Tabella riassuntiva di limiti, franchigie e/o scoperti

Garanzie	Limite di indennizzo / Somme assicurate	Scoperto e/o franchigia
! Rimborso spese pre e post ricovero	€ 5.000 per persona e per anno	Scoperto del 30% con il minimo di € 35 se sostenute presso strutture non convenzionate con Blue Assistance.
! Check-up sanitario	Una volta ogni due anni presso centri convenzionati con Blue Assistance.	
! Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	€ 5.000 per persona e per anno	Franchigia di € 35 in caso di utilizzo di una struttura convenzionata con Blue Assistance. Scoperto del 30% con il minimo di € 35 in caso di utilizzo di una struttura non convenzionata con Blue Assistance.
! Forfait in caso di ricovero	Il massimale per persona e per anno è pari a tre volte l'indennizzo indicato nel modulo di polizza.	

! Le prestazioni e i servizi contenuti all'interno dalla **SEZIONE II** vengono offerti fino a tre volte per annualità assicurativa.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.

✓ Le sole garanzie di assistenza si intendono operanti presso la residenza/domicilio dell'assicurato in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano fatta eccezione per le prestazioni che per loro natura valgono anche all'estero, come, ad esempio, "consigli medici e farmaceutici telefonici".

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto e nel caso sia presentata una richiesta di risarcimento, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Eventuali dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, nonché gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura.
- Se hai altre assicurazioni che coprono lo stesso rischio, in caso di sinistro, devi darne comunicazione per iscritto a Credemassicurazioni indicando il nome degli altri assicuratori. In caso di omissione dolosa decade il diritto all'indennizzo.

Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale e deve essere pagato in un'unica soluzione alla data di effetto della polizza. Puoi pagare il premio mediante autorizzazione all'addebito diretto sul tuo c/c bancario. Il premio è comprensivo di imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento e cessa alle ore 24 del giorno di scadenza dell'assicurazione.
Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo alla sua scadenza.
Relativamente agli assicurati che abbiano compiuto i limiti di età assicurabile in corso di contratto, la garanzia vale sino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

Come posso disdire la polizza?

Hai la facoltà di esercitare il **diritto di recesso**, entro il termine di 60 giorni dalla data di conclusione del contratto.
Inoltre, è possibile non dar corso al tacito rinnovo del contratto mediante **disdetta** da comunicare almeno 15 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.
Per esercitare tali diritti devi inviare, entro i termini predetti, una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo di Credemassicurazioni. In caso di recesso, ti verrà restituita la parte di premio relativa al rischio non corso ad esclusione delle eventuali imposte.
Per l'esercizio di tali diritti non verrà addebitato alcun costo.

Contratto di assicurazione per la tutela dai rischi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute delle persone

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: Credemassicurazioni S.p.A.
Prodotto: Protezione Salute

Data di realizzazione: 29/02/2020

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Credemassicurazioni Società per Azioni, in forma abbreviata Credemassicurazioni S.p.A., Sede Legale e Direzione Generale: Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia); per informazioni e assistenza contattare il numero verde **800 27.33.36**; Fax: 0522 442041; Sito Internet: www.credemassicurazioni.it; Email: info@credemassicurazioni.it; Posta Elettronica Certificata (PEC): info@pec.credemassicurazioni.it

Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nei Rami 1, 2, 3, 8 (esclusi i danni provocati da energia nucleare), 13 e 17 con provvedimento ISVAP n. 894 del 22/06/1998. Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo 9 con provvedimento ISVAP n. 894 del 22/06/1998 e n. 1755 del 19/12/2000. Autorizzata ad estendere l'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo 16 con provvedimento ISVAP n. 2619 del 06/08/2008. Autorizzata ad estendere l'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo 18 con provvedimento Isvap n. 2809 del 23/06/2010. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00131.

Il patrimonio netto civilistico di Credemassicurazioni al 31 dicembre 2018, escluso il risultato di periodo, ammonta a € 34,1 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 14,1 milioni e le riserve patrimoniali risultano essere pari a € 20 milioni. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio Civilistico e dal Bilancio di Solvibilità al 31 dicembre 2018, ivi inclusa la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibili sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.credemassicurazioni.it/it/pillar-iii
L'indice di solvibilità, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 280,18% quale rapporto tra Fondi Propri Ammissibili (€ 54,90 milioni) e Requisito Patrimoniale di Solvibilità (€ 19,60 milioni), e pari al 675,01% quale rapporto tra Fondi Propri Ammissibili (€ 54,90 milioni) e Requisito Patrimoniale Minimo (€ 8,13 milioni).

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Il prodotto è composto da due Sezioni organizzate al loro interno in Garanzie.

La **SEZIONE I** contiene garanzie che offrono un supporto per le cure mediche inerenti al ricovero o l'intervento chirurgico. Tale Sezione contiene inoltre servizi utili all'assicurato per accedere alla rete di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e per individuare un set di esami da effettuare in ottica di prevenzione.

Area spese mediche

- ✓ Rimborso spese pre e post ricovero (obbligatoria)
- ✓ Check-up sanitario (obbligatoria)
- ✓ Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (obbligatoria)
- ✓ Forfait in caso di ricovero (opzionale)

Area non assicurativa

- ✓ Carta servizi (obbligatoria)

La **SEZIONE II** offre un ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria.

- ✓ Assistenza (obbligatoria)
- ✓ Assistenza dedicata alla famiglia (opzionale)

Saranno operanti solo le garanzie acquistate ed esplicitamente indicate nel modulo di polizza, l'impegno di Credemassicurazioni sarà limitato ai massimali e alle somme assicurate concordate.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

SEZIONE I

Credemassicurazioni non presta le garanzie previste dalla Sezione I per:

- malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- per le malattie della gravidanza e i ricoveri per parto e puerperio;
- infertilità, sterilità, impotenza;

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 in genere;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

Inoltre, relativamente alla garanzia **Rimborso spese pre e post ricovero** sono escluse:

- le spese sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico, salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

Rerlativamente alla garanzia **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici** sono escluse:

- le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Le esclusioni sopra elencate non operano per i servizi non assicurativi previsti dalla Carta servizi.

SEZIONE II

Credemassicurazioni non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

- stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ubriachezza accertata;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

SEZIONE II

Prestazioni di Assistenza

- Invio di un infermiere**,** la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Credemassicurazioni fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.
- Trasporto in autoambulanza, la prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro**.**
- Invio di una collaboratrice domestica, la Centrale Operativa - compatibilmente con le disponibilità locali – provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Credemassicurazioni fino a un massimo di 12 ore**.** Tali prestazioni possono essere usufruite in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Prestazioni di Assistenza alla famiglia

- Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto, la Centrale Operativa provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico di Credemassicurazioni fino alla concorrenza di € 300 per sinistro.
- Viaggio di un familiare, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato, un biglietto ferroviario (in prima classe) o aereo (in classe economica), tenendone il costo a carico di Credemassicurazioni fino alla concorrenza di € 200 per sinistro.
- Supporto psicologico. Post partum - La prestazione deve essere richiesta entro 120 giorni dal parto e opera, previo invio della prescrizione medica attestante la data del parto, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo. Per il minore - La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.
- Invio di un taxi, Credemassicurazioni terrà a proprio carico la relativa spesa una volta per anno assicurativo e con il limite complessivo di € 50.
- Invio di una baby sitter, la prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** **SEZIONE I** In generale, per velocizzare la gestione della pratica di sinistro, è consigliabile presentare la domanda di rimborso in un'unica richiesta a cure ultimate. E' possibile effettuare la richiesta di rimborso tramite un'apposita area riservata per la quale occorre effettuare una breve registrazione sul sito www.blueassistance.it (preferibilmente utilizzando uno dei seguenti browser Google Chrome, Safari o Mozilla Firefox). In alternativa, puoi inviare tutta la documentazione relativa al rimborso, via posta, a Blue Assistance S.p.A. – Via Santa Maria 11 – 10122 - Torino (TO). Per le garanzie **Rimborso spese pre e post ricovero** e **Forfait in caso di ricovero,** alla richiesta di rimborso dovrà essere allegata: - la documentazione medica sulla natura della patologia; - in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento; - solo per la garanzia Rimborso spese pre e post ricovero, la documentazione comprovante le spese sanitarie sostenute. Per la garanzia **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici,** alla richiesta di rimborso dovrà essere allegata: - la prescrizione del medico curante\di base\del pronto soccorso con indicata la presunta patologia, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici; - la documentazione comprovante le spese sanitarie sostenute. Per effettuare il **Check-up sanitario**, è necessario contattare Blue Assistance al numero verde **800.896991**. **SEZIONE II** Contattare la centrale operativa al numero verde **800.896991** (dall'estero, prefisso internazionale seguito da 011.7425566), comunicando le proprie generalità, il numero di polizza, il tipo di assistenza richiesta, il numero di telefono e l'indirizzo di chiamata.
	Assistenza diretta/in convenzione: i servizi e le prestazioni di Assistenza e Assitenza alla famiglia previste all'interno della SEZIONE II sono organizzati ed erogati tramite la Centrale Operativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua, con cui Credemassicurazioni S.p.A. è convenzionata.
	Gestione da parte di altre imprese: Blue Assistance S.p.A., Sede legale: via Santa Maria 11 – 10122 Torino - sito internet: www.blueassistance.it - società del Gruppo Reale Mutua che provvede, per conto di Credemassicurazioni, alla liquidazione/trattazione dei sinistri relativi alle garanzie prestate nella SEZIONE I ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le strutture sanitarie selezionate in Italia e all'estero.
	Prescrizione: si precisa che i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Credemassicurazioni – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

Quando e come devo pagare?

Premio	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni. Il premio delle garanzie della SEZIONE I è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun assicurato. Inoltre, al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la polizza è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche rilevato dall'ISTAT. Di conseguenza, i valori, i limiti delle prestazioni espressi in euro, comprese le franchigie, ed il premio di polizza saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al variare del predetto indice.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Le garanzie dell'area spese mediche della SEZIONE I decorrono dalle ore 24: - del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico; - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie. Per tali altre malattie, in caso di ricovero, intervento chirurgico o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza, verificatisi in questo periodo di tempo, non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti 30 giorni.
Sospensione	Il prodotto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Questa copertura assicurativa, integrativa rispetto ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è destinata alla tutela della salute e dell'integrità fisica della persona e della sua famiglia, contiene garanzie assicurative per tutelarsi dai rischi relativi agli esborsi correlati ad accertamenti diagnostici, esami clinici, visite specialistiche e ottenere un'assistenza adeguata prima e dopo un ricovero o intervento chirurgico.

Quali costi devo sostenere?

Il premio è comprensivo dei costi di intermediazione come riportati nella sueguente tabella, espressi in termini percentuali sul premio versato al netto delle imposte.

Tipologia di costo	% del premio versato (al netto delle imposte)
Costi di intermediazione	30%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	È possibile presentare un reclamo all'impresa inviando una comunicazione, in forma scritta e corredata da eventuale documentazione, alla preposta Funzione Reclami di Credemassicurazioni SpA ai seguenti recapiti: Credemassicurazioni SpA - Funzione Reclami, Via Luigi Sani 3, 42121 Reggio Emilia; fax 0522442041; e-mail: reclami@credemassicurazioni.it oppure compilando l'apposito form presente all'indirizzo internet: https://credemassicurazioni.it/it/contatti/segnalazione-reclami La Funzione Reclami di Credemassicurazioni, in conformità alle disposizioni in materia, fornirà riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni dal ricevimento del reclamo. Detto termine, qualora il reclamo attenga al comportamento di eventuali Agenti di cui si avvale Credemassicurazioni per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, rimane sospeso sino ad un massimo di 15 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it .** Info su: **www.ivass.it** Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it.** (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CREDEMASSICURAZIONI

PROTEZIONE SALUTE

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario

da consegnare al potenziale Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Edizione 5579T0220

Redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Credemassicurazioni S.p.A.
Capitale interamente versato di euro 14.097.120 REA 218847 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01736230358 - Iscrizione all’Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00131- Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia) Tel: +39 0522 586050 - Fax: +39 0522 442041 - www.credemassicurazioni.it - info@credemassicurazioni.it - PEC: info@pec.credemassicurazioni.it

Credemassicurazioni ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/2001 e specifici standard di comportamento per i quali si rimanda alla “Comunicazione standard etici” consultabile sul sito www.credemassicurazioni.it

Ufficio delle Entrate Reggio Emilia
CREDEMASSICURAZIONI S.p.A.

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA
800 – 89.69.91

Per attivare le garanzie di Assistenza, contatta le *Centrale Operativa*, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, a mezzo telefono:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
NUMERO VERDE 800-89.69.91	011-7425566

NUMERO VERDE
GRATUITO
ASSISTENZA CLIENTI
800 – 27.33.36

Per ricevere maggiori informazioni sulla tua *Polizza* puoi contattare il numero verde gratuito 800 – 27.33.36.
Il servizio con operatore è attivo dal lunedì al giovedì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 17:30, il venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 16:00.

INDICE

INTRODUZIONE			1
GLOSSARIO			1
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE			1
	1	OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	1
	2	DURATA DELLA COPERTURA	1
	3	RECESSO E DISDETTA	1
	4	INFORMAZIONI SUL PREMIO	2
	5	DOVE VALE LA COPERTURA	3
	6	ALTRE INFORMAZIONI	3
	7	COMUNICAZIONI	4
SEZIONE I			5
		SPESE MEDICHE	5
	8	CHE COSA POSSO ASSICURARE	5
	9	CHE COSA NON E' ASSICURATO	6
	10	LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI	6
	11	CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	8
		AREA NON ASSICURATIVA	**10**
	12	CARTA SERVIZI	10
	13	CHE COSA FARE PER ATTIVARE LA CARTA SERVIZI	10
SEZIONE II			11
		ASSISTENZA	11
	14	CHE COSA POSSO ASSICURARE	11
	15	CHE COSA NON E' ASSICURATO	15
	16	LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI	16
	17	CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	16
APPENDICE 1 – TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ			17
APPENDICE 2 – GRAVI PATOLOGIE			19

Introduzione

Protezione Salute è un prodotto che contiene garanzie assicurative per tutelarsi dai rischi relativi ad eventi di *Malattia* o *Infortunio* che possono compromettere la salute e l'integrità fisica delle persone.
E' possibile assicurare solo il *Contraente* o anche i membri del *Nucleo Familiare* del *Contraente* fino a un massimo di sei persone totali.

Se il *Contraente* della *Polizza* è un'azienda, è possibile assicurare una sola persona per *Polizza*.

Le Condizioni di Assicurazione sono organizzate in Norme Comuni a tutte le garanzie e Sezioni.

Questo documento è organizzato in:

GLOSSARIO E GLOSSARIO GIURIDICO
Indica il significato dei principali termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione nonché riporta il testo degli articoli più significativi del Codice Civile menzionati e una breve spiegazione.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE
Sono norme che regolano l'assicurazione in generale.

SEZIONI
Il prodotto è composto da sezioni in cui vengono illustrate le garanzie offerte, i rischi esclusi e cosa fare in caso di *Sinistro*.
Le garanzie offrono un supporto per le cure mediche inerenti al *Ricovero* o all'*Intervento Chirurgico*. Vengono anche prestati servizi utili all'*Assicurato* per accedere alla rete di *Strutture Sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance* e per individuare un set di esami da effettuare in ottica di prevenzione ed infine prestazioni di Assistenza per far fronte ad emergenze di natura sanitaria.

Il prodotto "Protezione Salute" prevede garanzie obbligatorie e opzionali:

- Spese mediche
  - Rimborso spese pre e post *Ricovero* (obbligatoria)
  - Check-up sanitario (obbligatoria)
  - *Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici* (obbligatoria)
  - Forfait in caso di *Ricovero* (opzionale)
- Area non assicurativa
  - *Carta Servizi* (obbligatoria)
- Assistenza
  - Assistenza alla persona (obbligatoria)
  - Assistenza dedicata alla famiglia (opzionale)

Le prestazioni saranno corrisposte, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi.

NOTA BENE: le parti evidenziate devono essere lette attentamente dal *Contraente*.

Data ultimo aggiornamento: 29/02/2020

GLOSSARIO

Indica il significato dei principali termini utilizzati in *Polizza* che sono evidenziati nelle Condizioni di Assicurazione in *corsivo*. Le definizioni s'intendono sia al singolare sia al plurale.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *Malattia*, a carattere anche cruento e/o invasivo.

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 di Reale Group, che provvede, per conto di *Credemassicurazioni*, alla liquidazione dei *Sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *Strutture Sanitarie* che ha selezionato.

CARENZA
Periodo immediatamente successivo alla data di effetto del contratto di assicurazione durante il quale le garanzie non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in tale periodo *Credemassicurazioni* non corrisponde la prestazione assicurata.

CARTA SERVIZI
La Carta servizi consente all'*Assicurato* di accedere a tariffe scontate presso le *Strutture Sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance*. Tale servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'*Assicurato* al momento della sottoscrizione della *Polizza*.
Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

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 eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in *Polizza*.

COMPAGNIA
Credemassicurazioni

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con *Credemassicurazioni*.

CREDEMASSICURAZIONI
Credemassicurazioni S.p.A., impresa con sede in Via Luigi Sani 3, 42121 Reggio Emilia.

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
Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'*Assicurato*.

GRAVE PATOLOGIA
Le patologie indicate all'Appendice 2.

INDENNIZZO
La somma dovuta da *Credemassicurazioni* 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, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati *Interventi Chirurgici*, ancorché 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*.

MALFORMAZIONI – DIFETTI FISICI
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, *Credemassicurazioni* 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 premio e la sottoscrizione delle Parti.

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.

PORTALE
Area dedicata sul sito www.blueassitance.it, accedibile tramite una breve registrazione, che deve essere utilizzata dall'*Assicurato* per richiedere il rimborso delle garanzie della Sezione I e per organizzare il check up sanitario.

RECESSO
Diritto del *Contraente* di recedere dalla *Polizza* di assicurazione e farne cessare gli effetti.

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*.

SCOPERTO
Franchigia

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia. Per la Sezione I si considerano sinistro: il *Ricovero*, l'*Intervento Chirurgico*, 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* può fruire delle prestazione del check up sanitario

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.

Glossario Giuridico

In questo glossario vengono riportarti i principali articoli del Codice Civile indicati nelle Condizioni di Assicurazione in *corsivo*.

ART. 1892 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE
"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza."

ART. 1893 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE
"Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose."

Cosa vuol dire: è importante che il *Contraente* dichiari la reale situazione in cui si trova per permettere a *Credemassicurazioni* di valutare correttamente il rischio e calcolare il Premio dovuto che possa così tutelare il *Contraente* al meglio.

In caso di difformità delle dichiarazioni fornite, la *Compagnia* ha il diritto, entro 3 mesi da quando è venuta a conoscenza della reale situazione di rischio, di:

- Trattenere i Premi versati
- Chiedere l'annullamento del contratto
- Proporre un nuovo prezzo alle nuove condizioni
- Pagare parzialmente l'*Indennizzo* o non pagarlo per intero

Tutto ciò in base anche alla gravità delle omissioni e se rese con consapevolezza o involontariamente.

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

"Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita."

Cosa vuol dire: se il pagamento del Premio non va a buon fine entro 15 giorni, la *Polizza* non potrà essere considerata valida e, in caso di *Sinistro*, la *Compagnia* non potrà erogare alcune prestazione per i *Sinistri* occorsi dopo la scadenza.

ART. 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

"Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità."

Cosa vuol dire: per il prodotto "Protezione Salute" l'*Assicurato* può chiedere l'*Indennizzo* alla *Compagnia* entro 2 (due) anni da quando si è verificato il *Sinistro*.

Data ultimo aggiornamento: 29/02/2020

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1. OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE*

1.1 DICHIARAZIONI DEL *CONTRAENTE*

Le dichiarazioni del *Contraente* devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte, o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione delle coperture, ai sensi degli art. *1892* e *1893* del Codice Civile.

1.2 PERSONE ASSICURABILI E LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni, fermo restando un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 74 anni.
Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premi.

1.3 PERSONE NON ASSICURABILI

Credemassicurazioni non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. 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 *Credemassicurazioni*.
Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non si configura come aggravamento del rischio.

2. DURATA DELLA COPERTURA

2.1 DECORRENZA E DURATA DELLE COPERTURE E TACITA PROROGA DEL CONTRATTO

L'assicurazione è attiva dalle ore 24 del giorno di "Decorrenza dell'assicurazione" indicato nel *Modulo di Polizza* se il Premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla sua scadenza.
In mancanza di disdetta, l'assicurazione, di durata non inferiore ad un anno, è pertanto prorogata per una durata pari ad un anno e così in seguito.

3. *RECESSO* E DISDETTA

3.1 *RECESSO*

Entro il termine di 60 giorni dalla data di Decorrenza del contratto di assicurazione, il *Contraente* ha la facoltà di recedere dall'assicurazione.
Si precisa che il *Recesso* ha l'effetto di liberare le parti da qualsiasi obbligazione derivante dall'assicurazione a decorrere dalle ore 24:00 del giorno in cui la *Compagnia* riceve la comunicazione di *Recesso*.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di *Recesso* verrà rimborsata al *Contraente*, fermo restando il diritto di *Credemassicurazioni* di trattenere il rateo di Premio corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto, la parte di Premio relativa al rischio non corso (al netto delle eventuali imposte di legge).

Per esercitare il diritto di *Recesso*, il *Contraente* può, alternativamente ed entro i termini stabiliti al punto precedente:

i. Inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla sede della *Compagnia* (a tale fine farà fede la data di ricezione della raccomandata)
ii. Inviare una comunicazione al recapito fax o PEC della *Compagnia*
iii. Recarsi presso la filiale dell'Intermediario dove ha sottoscritto la *Polizza*

Per l'esercizio del diritto di *Recesso* non verrà addebitato alcun costo a carico del *Contraente*.

In ogni caso, resta inteso che il contratto cessa anticipatamente alle ore 24.00 del giorno in cui la *Compagnia* riceve la comunicazione di esercizio del diritto di *Recesso*.

3.2 DISDETTA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La disdetta può essere esercitata, sia da parte del *Contraente* sia da parte di *Credemassicurazioni*, mediante lettera raccomandata, spedita:

- Nel caso di disdetta data dal *Contraente*, alla sede di *Credemassicurazioni* o all'Intermediario presso il quale è stata sottoscritta la *Polizza* almeno 15 giorni prima della scadenza
- Nel caso di disdetta data da *Credemassicurazioni*, all'ultimo domicilio noto del *Contraente* risultante alla *Compagnia* almeno 15 giorni prima della scadenza

Oltre alle modalità sopra indicate e nel rispetto dei termini previsti, il *Contraente* potrà comunicare la propria disdetta anche mediante lettera consegnata a mano (nel quale caso farà fede la data o il timbro di ricevimento rispettivamente apposti da *Credemassicurazioni* o dall'Intermediario) o a mezzo fax, inoltrati alla sede di *Credemassicurazioni* o all'Intermediario presso il quale è stata sottoscritta la *Polizza*.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio è annuale e viene corrisposto alla *Compagnia* in un'unica soluzione.
Gli importi corrispondenti al Premio annuo, alla prima rata di Premio e alle eventuali rate successive, sono riportati nel *Modulo di Polizza*.

Il pagamento del Premio avviene mediante addebito diretto su conto corrente bancario in forza di un mandato all'incasso appositamente conferito dal *Contraente* a *Credemassicurazioni*, con la frequenza prescelta dal *Contraente*. Il pagamento effettuato secondo le modalità indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

Se il *Contraente* non paga il Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto di *Credemassicurazioni* al pagamento dei Premi scaduti come previsto dall'art. *1901* del Codice Civile.

4.2 REGIME FISCALE

Per le garanzie della Sezione I è applicata l'aliquota d'imposta del 2,5%.
Per le garanzie della Sezione II è applicata l'aliquota d'imposta del 10%.

4.3 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, 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 i valori, i limiti delle prestazioni espressi in euro, comprese le *Franchigie*, ed il premio di *Polizza* saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base".
Viene fatta salva la facoltà da parte di *Credemassicurazioni*, 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 *Credemassicurazioni* comunica la variazione al *Contraente*, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

4.4 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il premio delle garanzie della Sezione "I" 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 cui alle presenti Condizioni di Assicurazione. All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente articolo.

5. DOVE VALE LA COPERTURA

5.1 DOVE VALE LA COPERTURA

Le garanzie della "Sezione I" sono operanti per il mondo intero.
Per le garanzie della "Sezione II" le prestazioni valgono in tutto il mondo tranne per le seguenti, che vengono erogate solo presso la *Residenza*/domicilio dell'*Assicurato*:
Garanzia Assistenza

- Invio di un infermiere
- Consegna farmaci
- Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Garanzia Assistenza dedicata alla famiglia

- Invio di una collaboratrice domestica
- Assistenza ostetrica pre e post-parto
- Invio di un accompagnatore o di mezzo di trasporto
- Invio di un pediatra
- Invio di una baby sitter

6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

6.2 PRESCRIZIONE

Si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, secondo quanto previsto dall'art. *2952* del Codice Civile.

6.3 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per la Sezione I, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del *Sinistro* o sulla misura degli *Indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

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

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 due primi 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 ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *Residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle Parti

sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

6.4 FORO COMPETENTE
Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *Residenza* dell'*Assicurato*.

6.5 ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del *Contraente*.

6.6 ALTRE ASSICURAZIONI
Il *Contraente* o l'*Assicurato*, al momento del *Sinistro*, deve comunicare per iscritto l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. E' possibile indicare la presenza di altre assicurazioni anche durante la richiesta di rimborso inserita tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it

7. COMUNICAZIONI

7.1 COMUNICAZIONI DEL *CONTRAENTE*
Fatto salvo quanto diversamente previsto nel presente contratto, tutte le comunicazioni del *Contraente* a *Credemassicurazioni* relative al presente contratto dovranno essere in forma scritta e indirizzate a:

- **Credemassicurazioni S.p.A.**
  Via Luigi Sani, 3 – 42121 Reggio Emilia (RE) - ITALIA.
  Fax: 0522/442041
  e-mail: info@credemassicurazioni.it
  Posta Elettronica Certificata (PEC): info@pec.credemassicurazioni.it

7.2 INFORMATIVA AL *CONTRAENTE*
Credemassicurazioni trasmetterà le informazioni da rendere in corso di contratto, in forma cartacea, all'indirizzo di *Residenza* del *Contraente*.

In caso di *Sinistro*, lo scambio di informazioni tra la *Compagnia* e l'*Assicurato* potrà avvenire anche tramite l'utilizzo di strumenti elettronici (e-mail).

7.3 AREA RISERVATA
Sul sito internet della *Compagnia* (www.credemassicurazioni.it) è disponibile l'Area Riservata attraverso la quale il *Contraente* potrà accedere alla propria posizione assicurativa consultando i dati principali delle *Polizze* sottoscritte quali, a titolo meramente esemplificativo, le coperture assicurative in essere, le Condizioni di Assicurazione sottoscritte e lo stato dei pagamenti dei Premi.
L'accesso sarà consentito tramite credenziali identificative personali che saranno rilasciate dalla *Compagnia* e che potranno essere richieste al *Contraente* mediante procedura guidata, direttamente in occasione del primo accesso all'Area Riservata medesima.
Il servizio di consultazione in oggetto e il rilascio delle credenziali da parte della *Compagnia* non comporteranno alcun costo aggiuntivo in capo al *Contraente*.

SEZIONE I

SPESE MEDICHE

8. CHE COSA POSSO ASSICURARE

8.1 RISCHIO ASSICURATO

Credemassicurazioni presta le garanzie di seguito elencate solo se richiamate nel *Modulo di Polizza* e assicura le persone in esso esplicitamente indicate.

8.2 RIMBORSO SPESE PRE E POST *RICOVERO*

Credemassicurazioni rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *Ricovero* o *Intervento Chirurgico* reso necessario da *Infortunio* o *Malattia*, per le prestazioni di seguito elencate:

- *Visite Specialistiche*
- *Accertamenti Diagnostici* (compresi gli onorari medici)
- *Trattamenti di fisiokinesiterapia*
- Trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico
- Cure termali praticate successivamente al *Ricovero* o all'*Intervento Chirurgico*, con esclusione delle spese alberghiere

purché le prestazioni suindicate siano inerenti al *Ricovero* o all'*Intervento Chirurgico*.

In caso di *Ricovero* in regime di S.S.N., reso necessario da *Infortunio* o *Malattia*, *Credemassicurazioni* paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per usufruire del maggior comfort alberghiero, ovvero della degenza che comporti l'utilizzo della camera in regime solventi.

Anche in assenza di *Ricovero* o *Intervento Chirurgico*, *Credemassicurazioni* rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

Si specifica che restano escluse le spese sostenute durante il *Ricovero* o l'*Intervento Chirurgico* salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

A. Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *Ricovero* o all'*Intervento Chirurgico* reso necessario da *Infortunio* o *Malattia*, sono rimborsate:

- Integralmente se effettuate in *Strutture Sanitarie* convenzionate con il servizio www.mynet.blue
- Integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale

con l'applicazione di uno *Scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per *Sinistro*, se effettuate in *Strutture Sanitarie* non convenzionate o in strutture convenzionate in cui il cliente non si faccia riconoscere come *Assicurato* che si avvale del network di *Blue Assistance*.

B. *Massimale*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *Massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

8.3 CHECK-UP SANITARIO

Credemassicurazioni sostiene le spese per l'*Assicurato* che esegue i seguenti *Accertamenti Diagnostici*:

A. Per i neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
B. Per i minori di 18 anni di età: controlli per la pratica sportiva composto da:
   - Urine, esame chimico e microscopico completo
   - E.C.G. di base
   - *Visita Specialistica*
C. Per i maggiori di 18 anni di età:
   - Esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES)
   - Pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica
   - Ecografia prostatica
   - PSA (antigene prostatico specifico) sopra i 50 anni
   - Mammografia

- Pap test sopra i 25 anni
- Elettrocardiogramma di base;
- Visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

In alternativa agli *Accertamenti Diagnostici*, *Credemassicurazioni* sostiene le spese per l'*Assicurato* che può eseguire una *Visita Specialistica* a scelta tra le seguenti:

- Visita dermatologica e controllo nevi
- Visita cardiologica
- Visita oculistica
- Visita ginecologica
- Visita urologica

Gli *Accertamenti Diagnostici* e la *Visita Specialistica* devono essere effettuati presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previa prenotazione sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it
Ciascun *Assicurato* può effettuare gli *Accertamenti Diagnostici* o la *Visita Specialistica* suindicati una volta ogni due anni.

8.4 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI*

In assenza di *Ricovero* o di *Intervento Chirurgico Credemassicurazioni* rimborsa le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

- *Accertamenti Diagnostici* resi necessari da *Malattia* o *Infortunio* e prescritti dal medico curante\di base\del pronto soccorso
- *Trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *Infortunio* e prescritti dal medico curante\di base\del pronto soccorso
- Onorari medici per *Visite Specialistiche* rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio*

A. Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate

Per ogni serie di *Accertamenti Diagnostici*, per ogni ciclo di *Trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *Visita Specialistica*, la garanzia opera**:**

- Con una *Franchigia* di € 35 in caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie* convenzionate con il servizio www.mynet.blue
- Con uno *Scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35, in caso di utilizzo di una *Struttura Sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance*

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

Sono escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed *Accertamenti Diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.

B. *Massimale*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *Massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

8.5 FORFAIT IN CASO DI *RICOVERO*

Credemassicurazioni corrisponde all'*Assicurato*, per ogni *Sinistro*:

- 2.000 €, in caso di *Ricovero* con almeno un pernottamento reso necessario da *Infortunio* o *Malattia* diversi da *Grave Patologia*
- 600 €, in caso di *Day Hospital*, *Day Surgery* e intervento ambulatoriale resi necessari da *Infortunio* o *Malattia* diversi da *Grave Patologia*
- 6.000 €, in caso di *Ricovero* o *Intervento Chirurgico* resi necessari da *Grave Patologia* (elenco delle *Gravi Patologie* disponibili nell'Appendice 2)

Si specifica che per ogni serie di *Day Hospital* comprovata da unica *Cartella Clinica* l'indennità per *Ricovero* viene corrisposto una sola volta**.**

9. CHE COSA NON E' ASSICURATO

9.1 RISCHI ESCLUSI

Credemassicurazioni non presta le garanzie previste dalla Sezione I per:

- *Infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- *Infortuni* derivanti da guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni;
- *Infortuni* o *Malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci
- Conseguenze di:

  ***Infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione**

  ***Malattie* diagnosticate che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione**
- *Malformazioni* o *Difetti Fisici* preesistenti all'effetto dell'assicurazione
- Per le *Malattie* della gravidanza e i *Ricoveri* per parto e puerperio
- Patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze
- Prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *Infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche
- *Interventi Chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- Parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche
- Aborto volontario non terapeutico
- Infertilità, sterilità, impotenza
- Sieropositività da virus H.I.V.
- 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 in genere
  - Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano
- *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)

10. LIMITI, *FRANCHIGIE* E\O *SCOPERTI*

10.1 LIMITI DI *INDENNIZZO, CARENZE, FRANCHIGIE* E/O *SCOPERTI*

Si riportano di seguito i limiti di *Indennizzo*, le *Carenze*, le *Franchigie* e/o gli *Scoperti* per le garanzie della Sezione I:

Garanzia	*Carenza*	*Scoperto* e/o *Franchigia*	Limite di *Indennizzo*
Rimborso spese pre e post *Ricovero*	30° giorno successivo a alla decorrenza dell'assicurazione per la sola *Malattia*. Alcuna *Carenza* invece è prevista per gli infortuni e l'aborto post-traumatico	*Scoperto* del 30% con il minimo di € 35 per *Sinistro*, se effettuate in *Strutture Sanitarie* non convenzionate o in strutture convenzionate in cui il cliente non si faccia riconoscere come *Assicurato* che si avvale del network di *Blue Assistance*.	5.000 €

Check-up sanitario	---	---	Una volta ogni due anni presso centri convenzionati con *Blue Assistance*
Visite Specialistiche e *Accertamenti Diagnostici*	30° giorno dalla decorrenza dell'assicurazione per la sola *Malattia*. Alcuna *Carenza* invece è prevista per gli *Infortuni* e l'aborto post-traumatico	*Franchigia* di 35 € se le visite\accertamenti vengono effettuati in *Strutture Sanitarie* convenzionate con il servizio www.mynet.blue *Scoperto* del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una *Struttura Sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance*.	5.000 €
Forfait in caso di *Ricovero*	30° giorno dalla decorrenza dell'assicurazione per la sola *Malattia*. Alcuna *Carenza* invece è prevista per gli *Infortuni* e l'aborto post-traumatico	---	6.000 € per persona e per anno assicurativo

11. CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

11.1 OBBLIGHI IN CASO DI *SINISTRO*

Per consentire a *Credemassicurazioni* di effettuare una rapida valutazione del *Sinistro* ed una altrettanto rapida Liquidazione, è importante che l'*Assicurato* produca tutta la documentazione necessaria.

Per richiedere il rimborso relativo alle spese sostenute per le garanzie "Rimborso spese pre e post *Ricovero*", "*Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici*", "Forfait in caso di *Ricovero*" e per usufruire delle prestazioni previste per il "Check up sanitario" **occorre effettuare una breve registrazione sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it**

L'*Assicurato* deve:

- Sottoporsi, anche in fase di *Ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da *Credemassicurazioni* 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

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**.**

A Rimborso spese pre e post *Ricovero*

L'*Assicurato* deve:

- Dare, appena possibile, avviso del *Sinistro* a *Credemassicurazioni* allegando la certificazione medica sulla natura della patologia (tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it)
- 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
- Provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *Struttura Sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.)

In caso di utilizzo *Strutture Sanitarie* convenzionate prenotate tramite servizio www.mynet.blue occorre verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata.

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, *Credemassicurazioni*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

B *Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici*

L'*Assicurato* deve:

- Dare, appena possibile, avviso del *Sinistro* a *Credemassicurazioni* allegando la richiesta del medico curante\di base\del pronto soccorso con indicata la presunta patologia (tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it)
- 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
- Provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *Struttura Sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.)

In caso di utilizzo *Strutture Sanitarie* convenzionate prenotate tramite servizio www.mynet.blue occorre verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata.

C Forfait in caso di *Ricovero*

L'*Assicurato* deve:

- Dare, appena possibile, avviso del *Sinistro* a *Credemassicurazioni* allegando la certificazione medica sulla natura della patologia (tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it)
- 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

Credemassicurazioni si riserva la possibilità di chiedere all'*Assicurato* ogni eventuale ulteriore documento necessario per la corretta gestione del *Sinistro*.

Credemassicurazioni – verificata l'operatività della garanzia – e determinato l'*Indennizzo* dovuto, procede al pagamento entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta. Le spese per i certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta restano a carico dell'*Assicurato*.

D Check up sanitario

E' possibile effettuare il check up sanitario solamente in caso di ricorso a una *Struttura Sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance*, *Credemassicurazioni* provvede al pagamento diretto delle spese relative al check up sanitario.

La possibilità di effettuare il check up sanitario **è condizionata alla preventiva richiesta inserita sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it**

Eventuali spese sostenute per fruire di un check up sanitario con modalità difformi da quelle suindicate, non verranno rimborsate.

Dopo aver effettuato una breve registrazione sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it è necessario cliccare su "Nuova richiesta di diretta". Successivamente, sarà possibile scegliere l'*Assicurato*, la struttura convenzionata presso la quale effettuare gli esami e la data preferita.

Ricordiamo che ciascun *Assicurato* può effettuare gli *Accertamenti Diagnostici* o la *Visita Specialistica* prevista dalla garanzia una volta ogni due anni.

11.2 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all' art.10.1 - Limiti di *Indennizzo*, le *Carenze*, le *Franchigie* e/o gli *Scoperti*, per "data del *Sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *Sinistro*.

Credemassicurazioni, 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 *Credemassicurazioni*.

11.3 NORME DEL SERVIZIO *BLUE ASSISTANCE*

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 alla prestazione dei servizi.

AREA NON ASSICURATIVA

12. *CARTA SERVIZI*

Con l'acquisto della *Polizza* e finché la stessa è in vigore *Credemassicurazioni* offre all'*Assicurato* di poter effettuare, a tariffa agevolata, l'accesso a:

- Prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso
- Prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue
- Prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue

13. CHE COSA FARE PER ATTIVARE LA *CARTA SERVIZI*

13.1 MODALITÀ DI ACCESSO

La *Carta Servizi* sarà attivabile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all' *Assicurato* alla stipula della *Polizza*, successivamente occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

13.2 DIRITTI DELL'*ASSICURATO*

L' *Assicurato* ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di *Blue Assistance*.

Resta inteso che:

- Le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni
- I corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'*Assicurato* che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi
- Le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'*Assicurato* si è rivolto.

SEZIONE II

ASSISTENZA

14. CHE COSA POSSO ASSICURARE

14.1 RISCHIO ASSICURATO

All'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito di *Malattia* o *Infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate, fino a tre volte per annualità assicurativa**.**

14.2 ASSISTENZA ALLA PERSONA

A INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

I servizi informativi, le consulenze e il tutoring telefonico hanno l'utilità di orientare l'*Assicurato* verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche. Un esempio sono le informazioni sulle *Strutture Sanitarie* specializzate per una singola patologia.

Consigli medici e farmaceutici telefonici

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *Infortunio* o *Malattia*, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.
Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

Prenotazione visite ed esami

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o *Accertamenti Diagnostici*, dietro prescrizione medica, la *Centrale Operativa* provvederà a prenotare le prestazioni presso le *Strutture Sanitarie* convenzionate.
La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.
Resta a carico dell'*Assicurato* il costo delle visite mediche e/o degli esami.

Tutoring eccellenze sanitarie

L'*Assicurato* può accedere al servizio di Tutoring contattando la *Centrale Operativa* dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.
Il Tutor di *Blue Assistance*, in riferimento alla patologia o all'*Infortunio* coperti dalla *Polizza*, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.
Il Tutor di *Blue Assistance* dell'Equipe Medica della *Centrale Operativa*, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'*Assicurato*. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'*Assicurato* o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle *Strutture Sanitarie* più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.
Restano a carico dell'*Assicurato* i costi di accesso alle *Strutture Sanitarie* di eccellenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'*Assicurato* impossibilitato a muoversi, ad esempio, per acquistare farmaci o per recarsi in una *Struttura Sanitaria* per ricevere la somministrazione di una terapia giornaliera.

Invio di un infermiere

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *Struttura Sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *Infortunio* o *Malattia* per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, in quanto certificato nella *Cartella Clinica* di dimissione, *Assistenza Infermieristica* presso la propria *Residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di *Credemassicurazioni*.

Consegna farmaci

Qualora l'*Assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *Residenza*, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'*Assicurato* e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di *Credemassicurazioni*.
A carico dell'*Assicurato* resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

C GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'*Assicurato*. Ad esempio il trasferimento dell'*Assicurato* in una *Struttura Sanitaria* specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.
E' importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Qualora l'*Assicurato* richieda una visita medica 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 lo valutino necessario**,** provvede ad inviare un medico presso la *Residenza*.
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 nella più vicina *Struttura Sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

Trasporto in autoambulanza

Qualora l'*Assicurato* necessiti di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una *Struttura Sanitaria*, o da questa alla sua *Residenza*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio.

Trasferimento in *Strutture Sanitarie* specializzate

Qualora l'*Assicurato* necessiti di essere trasferito presso una *Struttura Sanitaria* specializzata, anche al di fuori della regione di *Residenza*, per essere ricoverato a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario**,** provvede a:

- Individuare e prenotare la *Struttura Sanitaria* specializzata in Italia;
- Organizzare i contatti medici con la *Struttura Sanitaria*;
- Trasferire l'*Assicurato*, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
    - Aereo di linea classe economica
    - Treno prima classe
    - Autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza

tenendone il costo a carico di *Credemassicurazioni*.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

D PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

La Second Opinion è il ricorso al parere di un altro medico e/o di un'altra istituzione (clinica, ospedale, università) al fine di confrontare, confermare o correggere una prima diagnosi o un'indicazione terapeutica. Il ricorso a tale prestazione può essere significativo nel caso di sospette patologie gravi e invalidanti, ad esempio se la diagnosi è incerta o riguarda una ***Malattia* rara**, la qualità e la quantità degli *Accertamenti Diagnostici* già svolti sono ritenute **insufficienti**, viene prospettato un *Intervento Chirurgico* particolarmente delicato.

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* o documentazione medica equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *Visite Specialistiche*, immagini 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.

14.3 ASSISTENZA DEDICATA ALLA FAMIGLIA

All'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito di *Malattia* o *Infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate**,** fino a tre volte per annualità assicurativa.

A PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'*Assicurato* impossibilitato a muoversi, ad esempio per recarsi in una *Struttura Sanitaria* per effettuare esami diagnostici, medicazioni.

Invio di una collaboratrice domestica

Qualora nei 60 giorni precedenti il parto, l'Assicurata necessiti di una permanenza a letto, come certificato da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, presso la *Residenza* dell'Assicurata, tenendo il costo a carico di *Credemassicurazioni* fino a un massimo di 12 ore**.**
Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurata deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

Assistenza ostetrica pre e post-parto

Qualora l'Assicurata necessiti dell'assistenza domiciliare di un'ostetrica, in prossimità del parto o subito dopo, a seguito di dimissioni dalla *Struttura Sanitaria*, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede ad inviare un'ostetrica presso la *Residenza* dell'Assicurata.
Le prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 3 o 5 giorni e con cadenza pianificata.
Durante ogni visita l'ostetrica:

- Verifica lo stato di benessere della mamma e/o del neonato;
- Verifica che il puerperio proceda fisiologicamente;
- Sostiene la mamma nell'accudimento del neonato;
- Si occupa dell'allattamento ed aiuta mamma e bimbo in caso di difficoltà;
- Effettua al neonato, se non già praticato in ospedale, il prelievo per lo screening delle *Malattie* endocrine e metaboliche, che sarà inviato ad un laboratorio accreditato con il S.S.N.

Per l'accesso al servizio si richiede un preavviso possibilmente entro la 37a settimana di gestazione (e comunque non oltre 7 giorni lavorativi prima del parto), al fine di poter permettere all'ostetrica di contattare la famiglia e, se del caso, di acquisire la necessaria documentazione medica.
In nessun caso verranno eseguite diagnosi, date indicazioni terapeutiche, fatte prescrizioni farmacologiche.

Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'*Assicurato*, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una *Struttura Sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici in una *Struttura Sanitaria*, come certificato da prescrizione medica**,** in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *Residenza* alla *Struttura Sanitaria* interessata, tenendone il costo a carico di *Credemassicurazioni*.

Viaggio di un familiare

Qualora nei 90 giorni precedenti il parto, l'Assicurata necessiti di una permanenza a letto per un periodo non inferiore a 15 giorni, come certificato da prescrizione medica**,** la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un

familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'*Assicurato*, un biglietto ferroviario (in prima classe) o aereo (in classe economica) per raggiungere ed accudire l'Assicurata a riposo presso la *Residenza*, tenendone il costo a carico di *Credemassicurazioni***.**

Supporto psicologico

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento significativo o traumatico o alla diagnosi di una patologia che comportino per l'*Assicurato*/a una situazione di disagio e di stress psicofisico.

Post partum

Qualora l'Assicurata necessiti di un supporto psicologico successivamente al parto**,** come prescritto dal medico di base o da altro medico specialista, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario**,** organizzerà delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.

La prestazione deve essere richiesta entro 120 giorni dal parto e opera, previo invio della prescrizione medica attestante la data del parto, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

Per il minore

Qualora l'*Assicurato* necessiti di un supporto psicologico prescritto dal medico di base o da altro medico specialista:

- A seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità
- In caso di stress psicofisico e/o *Malattia* causata da disturbi del comportamento alimentare

la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal *Sinistro* ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista.

La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute anno assicurativo.

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 una primaria 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**.**

B GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'*Assicurato* o un suo familiare, se *Assicurato*. Ad esempio l'invio di un pediatra a domicilio, in caso di *Malattia* improvvisa occorsa al minore, può essere molto utile e tranquillizzare i genitori in caso di irreperibilità del pediatra di famiglia.

E' importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

Invio di un pediatra

Qualora l'*Assicurato* necessiti della visita di un pediatra presso la propria *Residenza* per il figlio con lui convivente, ma non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia**,** la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario**,** provvede ad inviare uno specialista presso la *Residenza*.

Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con l'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* organizza il trasferimento del minore nella più vicina *Struttura Sanitaria* mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

La prestazione è operativa nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24.

Fornitura di attrezzatura medico-chirurgica

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *Struttura Sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, 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 *Credemassicurazioni*.

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

Invio di un taxi
In caso di improvvisa indisponibilità del proprio veicolo per guasto, incidente o furto, la *Centrale Operativa*, entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del *Sinistro*, provvede ad inviare un taxi, che consenta all'*Assicurato* o agli altri membri del *Nucleo Familiare*, di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.
Credemassicurazioni terrà a proprio carico la relativa spesa una volta per anno assicurativo e con il limite complessivo di € 50**.**
L'*Assicurato* è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

Invio di una baby sitter
Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *Ricovero* per *Infortunio* in una *Struttura Sanitaria* da cui non possa essere dimesso entro 3 giorni, o in seguito al parto, sia nell'impossibilità d'occuparsi dei figli minori con lui conviventi e nessun altro familiare possa prendersene cura, la *Centrale Operativa* provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la *Residenza* dell'*Assicurato* per occuparsi dei minori.

In alternativa la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'*Assicurato*, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la *Residenza* dell'*Assicurato*, tenendone il costo a carico di *Credemassicurazioni***.**

15. CHE COSA NON E' ASSICURATO

15.1 RISCHI ESCLUSI

Credemassicurazioni non presta le garanzie qualora il *Sinistro* sia conseguenza diretta di:

- Stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari
- Eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche
- Atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*
- *Malattie* in atto e/o *Infortuni* occorsi prima dell'effetto della *Polizza*
- Uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci
- Ubriachezza accertata
- *Infortuni* derivanti dalla pratica di:
  - Sport aerei in genere
  - Partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore
- *Infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo)

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

16. LIMITI, *FRANCHIGIE* E\O *SCOPERTI*

16.1 LIMITI

Si riportano nella seguente tabella i limiti relativi alle prestazioni della Sezione II
I limiti s'intendono per *Sinistro*.

PRESTAZIONI ASSICURATE	LIMITE DEI COSTI A CARICO DI *CREDEMASSICURAZIONI*
Invio di un infermiere	500 €
Consegna farmaci	Massimo di 3 settimane successive al *Sinistro*
Trasporto in ambulanza	500 €
Invio di una collaboratrice domestica	12 ore
Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto	300 €
Viaggio di un familiare	Viaggio - 200 €
Fornitura di attrezzatura medico - chirurgica	300 €
Invio di un taxi	50 €
Invio di una baby sitter	500 €

Tutte le prestazioni della Sezione II sono operanti fino a tre volte per annualità assicurativa.

17. CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

17.1 OBBLIGHI IN CASO DI *SINISTRO*

Per usufruire delle garanzie di Assistenza alla Persona, l'*Assicurato* deve contattare le *Centrale Operativa*, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, a mezzo telefono:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
NUMERO VERDE 800-896991	011-7425566

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.

17.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Credemassicurazioni 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 od usufruite solo parzialmente per scelta dell'*Assicurato* o per negligenza di questi. *Credemassicurazioni* 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.

17.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Credemassicurazioni si riserva il diritto di chiedere all' *Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.

APPENDICE 1 – TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Età	Rimborso spese pre e post *Ricovero*	Check up sanitario	Visite e accertamenti non legati al *Ricovero*	Forfait in caso di *Ricovero*
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	3,94%	0,00%	8,85%	2,15%
2	3,82%	0,00%	8,14%	2,09%
3	3,68%	0,00%	7,52%	2,06%
4	3,54%	0,00%	6,99%	2,01%
5	3,38%	0,00%	6,54%	1,98%
6	3,33%	0,00%	6,14%	1,94%
7	3,19%	0,00%	5,76%	1,89%
8	3,09%	0,00%	5,46%	1,87%
9	3,01%	0,00%	5,19%	1,82%
10	2,93%	0,00%	4,93%	1,80%
11	2,83%	0,00%	4,68%	1,76%
12	2,76%	0,00%	4,49%	1,74%
13	2,67%	0,00%	4,29%	1,71%
14	2,60%	0,00%	4,12%	1,67%
15	2,57%	0,00%	3,95%	1,66%
16	2,47%	0,00%	3,80%	1,61%
17	2,41%	0,00%	3,68%	1,59%
18	2,39%	0,00%	3,53%	1,58%
19	2,30%	0,00%	3,41%	1,54%
20	2,26%	0,00%	3,31%	1,53%
21	2,22%	0,00%	3,19%	1,49%
22	2,15%	0,00%	3,09%	1,48%
23	2,12%	0,00%	3,00%	1,46%
24	2,06%	0,00%	2,93%	1,43%
25	2,04%	0,00%	2,82%	1,42%
26	1,98%	0,00%	2,76%	1,39%
27	1,96%	0,00%	2,68%	1,37%
28	1,91%	0,00%	2,62%	1,36%
29	1,87%	0,00%	2,54%	1,34%
30	1,86%	0,00%	2,47%	1,32%
31	1,80%	0,00%	2,43%	1,31%
32	1,77%	0,00%	2,36%	1,29%
33	1,76%	0,00%	2,31%	1,27%
34	1,71%	0,00%	2,26%	1,25%
35	1,68%	0,00%	2,21%	1,24%
36	1,66%	0,00%	2,16%	1,23%
37	1,63%	0,00%	2,11%	1,21%
38	1,61%	0,00%	2,07%	1,19%
39	1,58%	0,00%	2,03%	1,18%
40	1,55%	0,00%	1,99%	1,17%
41	1,53%	66,66%	0,19%	0,31%
42	0,32%	0,00%	0,46%	0,93%
43	0,95%	0,00%	0,74%	1,51%
44	1,57%	0,00%	1,02%	2,10%

45	2,16%	0,00%	1,29%	2,64%
46	2,72%	0,00%	1,53%	3,15%
47	3,24%	0,00%	1,79%	3,59%
48	3,70%	0,00%	2,01%	4,02%
49	4,13%	0,00%	2,24%	4,37%
50	4,49%	0,00%	2,42%	4,68%
51	4,80%	0,00%	2,63%	4,94%
52	5,06%	0,00%	2,80%	5,16%
53	5,28%	0,00%	2,95%	5,33%
54	5,45%	0,00%	3,09%	5,46%
55	5,58%	0,00%	3,22%	5,57%
56	2,89%	0,00%	3,34%	5,64%
57	3,67%	0,00%	3,43%	5,68%
58	4,35%	0,00%	3,52%	5,70%
59	4,97%	0,00%	3,59%	5,70%
60	5,49%	0,00%	3,66%	5,68%
61	5,92%	0,00%	3,70%	5,65%
62	6,26%	0,00%	3,74%	5,61%
63	6,53%	0,00%	3,77%	5,56%
64	6,73%	0,00%	3,80%	5,50%
65	6,86%	0,00%	3,81%	5,44%
66	6,94%	0,00%	3,82%	5,37%
67	6,98%	0,00%	3,82%	5,30%
68	6,98%	0,00%	3,82%	5,22%
69	6,95%	0,00%	3,82%	5,14%
70	6,90%	0,00%	3,81%	5,06%
71	6,83%	0,00%	3,79%	4,98%
72	6,74%	0,00%	3,77%	4,90%
73	6,64%	0,00%	3,74%	4,82%
74	6,54%	0,00%	3,73%	4,74%
75	6,42%	0,00%	3,69%	4,66%

APPENDICE 2 - *GRAVI PATOLOGIE*

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
***Malattia* oncologica maligna o cancro**	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei basocellulari (basaliomi). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.
Coronaropatia con necessità di *Intervento Chirurgico* o tecniche cardiologiche interventistiche	*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 similari.
Infarto del miocardio	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.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	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).
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: 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, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto o da una sedia.
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.
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 similari) 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 similari) 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 similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, 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 fulminante 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 similari) 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 similari) 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 similari) 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: ♦ Emo-trasfusioni periodiche; ♦ Terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ♦ Trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione 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..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da *Infortunio* o *Malattia*. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	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.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
***Ricovero* in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso *Ricovero* in Unità Coronarica)**	*Infortuni*, gravi malori improvvisi che necessitano di *Ricovero* in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	*Malattia* neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.