

PRIMADITUTTOSALUTE ASSIMOCO



**Contratto di Assicurazione
per proteggere e integrare
il reddito familiare da gravi
eventi conseguenti
a malattia e infortunio.**

**Linea
Protezione Persona**

Il presente documento, contenente:

- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima
della sottoscrizione del documento di polizza.**

AREA CLIENTI

La tua assicurazione a portata di mano

L'Area Clienti Assimoco è il nostro modo di esserti sempre vicino.

Uno spazio personale dove potrai trovare tutto ciò che riguarda le tue polizze: scadenze, documenti, sinistri aperti e molto altro.

Iscriviti subito su assimoco.it, bastano pochi click!



accedi a tutti i documenti



controlla le scadenze



segui un sinistro



e molto altro!

CON L'AREA CLIENTI ASSIMOCO PUOI:

Monitorare lo stato di avanzamento di un sinistro

Controllare le scadenze e dettagli delle tue polizze

Accedere in ogni momento a tutti i documenti

Controllare i valori di riscatto delle polizze vita

Accedere ai contatti della tua filiale o della tua Agenzia

REGISTRARSI È SEMPLICE, TI BASTA:

1. Il Codice Fiscale
2. Il numero di polizza
3. L'accesso alla tua casella di posta elettronica

PER INFORMAZIONI:

Via email all'indirizzo: areaclienti@assimoco.it

Al numero verde: **800 97 68 68**

Attivo dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, dalle 8.30 alle 18.30

ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE, SOSTEGNO DEL REDDITO E SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA - ASSIMOCO

PRODOTTO "PRIMADITUTTO SALUTE ASSIMOCO"

Il presente documento, contenente:

- Generali di Assicurazione
- Glossario

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della polizza.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

PRIMADITUTTO SALUTE ASSIMOCO
MOD. D844 CG 01 - Ed. 01/2016 - Aggiornamento al 07/2019

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente/Assicurato al momento della stipulazione del contratto. Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. I premi devono essere pagati all'Intermediario Assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

In caso di pagamento mensile effettuato tramite procedura SEPA, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto, o dalla data di emissione del contratto stesso se successiva, a condizione che lo stesso abbia buon esito o, in caso contrario, che il pagamento sia effettuato entro 15 giorni.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 Codice Civile. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 3 - DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta data dalle parti mediante lettera raccomandata e/o messaggio di posta elettronica certificata (PEC) spediti almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione, purché di durata non inferiore all'anno, è prorogata per un anno e così successivamente. Nei casi per i quali la legge o la polizza si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minor durata, in quest'ultimo caso esso coincide con la durata della polizza.

ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. Il manifestarsi di tali dipendenze o malattie durante il periodo di validità dell'assicurazione, costituisce automatica causa di cessazione della stessa alla prima scadenza annuale successiva alla manifestazione.

ART. 5 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione è operante per le persone di età non superiore a 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di polizza, la stessa assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza del periodo assicurativo annuo successivo al compimento del 75° anno.

ART. 6 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 del Codice Civile.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

ART. 7 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte in forma scritta.

ART. 8 - ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi di quanto disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

ART. 9 - TERMINI DI ASPETTATIVA/CARENZA CONTRATTUALE

Fermo il disposto dell'Art. 2, l'assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- *giorno di decorrenza del contratto per gli infortuni verificatisi dopo tale data;*
- *sessantesimo giorno successivo a quello di decorrenza del contratto per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto.*

Qualora il presente contratto sia stato emesso, senza soluzione di continuità, in sostituzione di altro contratto emesso dalla Società e riguardante gli stessi assicurati e identica garanzia assicurata, il termine di aspettativa di cui sopra si applica:

- *dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al contratto sostituito per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo risultanti;*
- *dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da esso previste.*

In caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa sopra indicati decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

ART. 10 - RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non opera per:

- a) *le conseguenze dirette di infortunio e/o di malattia insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto di assicurazione e non dichiarati alla Società;*
- b) *le cure, i trattamenti terapeutici e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto di assicurazione;*
- c) *le malattie, le cure, i trattamenti terapeutici conseguenti ad abuso di alcolici, ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;*
- d) *le cure e gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo (anche stomatologici) dovuti alla conseguenza diretta dell'infortunio e/o della malattia;*
- e) *le cure e i trattamenti terapeutici in genere con finalità dietologiche, inclusi quelli non riconosciuti dalla medicina ufficiale;*
- f) *le cure, i trattamenti terapeutici, i ricoveri per malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le malattie/patologie nevrotiche e le sindromi ansiose/depressive;*
- g) *le cure e le degenze in case di riposo, di convalescenza o di strutture di soggiorno per cure termali anche se avvenuti nell'ambito dell'Istituto di Cura;*
- h) *le cure e le degenze dovute alla non autosufficienza permanente dell'Assicurato per la quale è richiesta l'assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana;*
- i) *i ricoveri di lungo degenza aventi carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;*
- j) *i ricoveri per interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza, incluse le eventuali conseguenze; le visite, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti terapeutici per infertilità e/o finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della fertilità e dell'impotenza;*
- k) *le cure, i trattamenti terapeutici, i ricoveri in conseguenza di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, da parte dell'Assicurato incluse quelle effettuate volontariamente contro la sua persona;*
- l) *gli infortuni sofferti in conseguenza di sport che costituiscono l'attività professionale dell'Assicurato;*
- m) *le cure odontoiatriche e delle parodontopatie, incluse le protesi dentarie e i trattamenti di implantologia;*
- n) *i ricoveri finalizzati ad accertamenti e/o terapie fisiche che per la loro natura possono essere effettuati in ambulatorio;*

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

- o) i ricoveri finalizzati ad interventi chirurgici per la sostituzione di qualunque tipo di protesi, la presente esclusione non trova applicazione per quanto previsto all'Art. 19 lettera E);*
- p) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e le conseguenze di esposizioni a radiazioni ionizzanti;*
- q) le conseguenze di infortuni e malattia causate da guerre, insurrezioni, tumulti popolari, atti violenti o aggressivi, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;*
- r) le conseguenze di infortuni e malattia causate da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e altri eventi naturali.*

ART. 11 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero per gli Assicurati residenti in Italia, fermo restando che l'indennizzo sarà corrisposto in Euro. Le prestazioni per "Interventi Veramente Importanti" all'Estero saranno concesse previa autorizzazione del Network e nei casi in cui non possano essere ottenute in Italia in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica. Resta facoltà dell'Assicurato, senza autorizzazione del Network, sottoporsi alle prestazioni per "Interventi Veramente Importanti" in strutture all'Estero, ma in tal caso le prestazioni saranno soggette all'applicazione degli scoperti e delle franchigie previsti per le strutture non convenzionate.

ART. 12 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO/ADEGUAMENTO ANNUALE

Il premio di polizza è determinato in base all'età di ciascun Assicurato al momento della stipulazione della polizza stessa. Per le annualità successive, il premio – con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - viene rideterminato ad ogni scadenza annua, applicando ad ogni assicurato il coefficiente corrispondente all'età compiuta alla data del rinnovo, secondo la Tabella "Coefficienti di adeguamento del premio per età" riportata nell'Allegato A. Il premio della nuova annualità verrà variato in proporzione al rapporto tra il nuovo coefficiente, relativo all'età compiuta al rinnovo, e il coefficiente relativo all'annualità precedente.

ART. 13 - CONTROVERSIE/ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie di natura medica o riguardanti l'applicazione dei criteri di liquidazione possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il Collegio Medico risiede nel comune sede di istituto di medicina legale di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della patologia e/o dei postumi invalidanti ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

ART. 14 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Ferme le modalità di gestione e denuncia del sinistro previste alla Sezione "NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI", in caso di utilizzo della forma di ASSISTENZA MISTA e/o INDIRETTA (Art. 32 Lettere B e C), il Contraente, l'Assicurato o ogni altro soggetto che agisce per conto dei medesimi devono presentare il modulo di richiesta di rimborso spese alla Società **entro 60 giorni dalla data dell'evento o appena ne abbiano avuto la possibilità, ma comunque non oltre il 30° giorno successivo alla scadenza annuale del contratto assicurativo. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, qualora il ritardo sia causa di comprovato pregiudizio per l'assicuratore.** L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

ART. 15 - ONERI FISCALI

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

ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 17 - FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto ovvero quello del luogo ove ha sede la residenza dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

CONDIZIONI CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Premessa

La Società in base alle dichiarazioni rese nel/i questionario/i anamnestico/i, che formano parte integrante del presente contratto, si impegna a garantire le prestazioni sotto esposte alle condizioni espressamente previste nelle presenti condizioni di assicurazione.

Prestazione A	Interventi Veramente Importanti
Prestazione B	Gravi Patologie
Prestazione C	Sostegno Temporaneo al Reddito
Prestazione D	Garanzie di Assistenza e di orientamento sanitario
Prestazione E	Accesso Network Strutture Sanitarie ed Odontoiatriche

La gestione delle prestazioni è affidata da Assimoco S.p.A. a Blue Assistance, Società di Servizi specializzata nel settore sanitario. Pertanto, tutte le prestazioni indicate garantite da Assimoco S.p.A. saranno gestite per il tramite di Blue Assistance. Per maggiori dettagli si rimanda alla sezione CONDIZIONI CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E ORIENTAMENTO.

Per usufruire dei servizi, l'Assicurato stesso, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare la Centrale Operativa telefonando, ai numeri:

**DALL'ITALIA
800194900**

**DALL'ESTERO
+39 02 84109446**

La gestione dei sinistri è affidata da Assimoco S.p.A. a Blue Assistance, Società di Servizi specializzata nel settore sanitario. Per maggiori dettagli sulla gestione dei sinistri si rimanda alla sezione "NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI".

PRESTAZIONE A - OBBLIGATORIA

ART. 18 - INTERVENTI VERAMENTE IMPORTANTI

La Società rimborsa, nel limite del massimale indicato nella scheda di polizza, le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato a seguito di uno degli **"Interventi Veramente Importanti"** indicati al successivo Art. 19 in conseguenza di **un infortunio e/o di una malattia**.

Nei limiti di cui Art. 26 saranno rimborsate le spese relative a:

Intervento chirurgico

Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, inclusi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate nel corso dell'intervento.

Assistenza sanitaria durante il ricovero

L'assistenza medica, le consulenze medico specialistiche, l'assistenza infermieristica, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i medicinali erogati dalla struttura sanitaria durante il ricovero.

Rette di degenza

Prestazioni sanitarie precedenti al ricovero

Gli esami e gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici per visite specialistiche, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei **120 giorni precedenti** il ricovero, a condizione che siano resi necessari dalla malattia e/o infortunio che danno origine al ricovero con Intervento Veramente Importante.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Prestazioni sanitarie successive al ricovero

Gli esami e gli accertamenti diagnostici, i medicinali prescritti dal medico all'atto della dimissione dall'Istituto di Cura, le prestazioni mediche (incluse le visite specialistiche) ed infermieristiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi (incluse le terapie di agopuntura effettuate da medico specialista), le cure termali (**escluse le spese alberghiere**) effettuate nei **120 giorni successivi** dal termine del ricovero e rese necessarie dall'Intervento Veramente Importante.

Trapianto di organo

Nel caso di trapianto di organo conseguente ad infortunio e/o malattia, oltre alle spese riferite al ricovero, saranno rimborsate le spese necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore, incluse quelle per il trasporto fino al luogo dell'intervento. Qualora la donazione pervenisse da soggetto vivente, sono comprese le spese per le prestazioni sanitarie a cui è sottoposto il donatore quali: intervento chirurgico per l'espanto, assistenza sanitaria durante il ricovero e rette di degenza.

Trasporto sanitario con autoveicolo

Per il trasporto dell'Assicurato fino all'Istituto di Cura e il rientro alla propria abitazione effettuato con qualsiasi autoveicolo dotato di apposite attrezzature sanitarie ed adibito al trasporto di persone che necessitano di assistenza medica. **Tali spese saranno rimborsate fino ad un importo massimo di € 5.000,00.**

Trasporto sanitario con velivolo sanitario

Per il trasporto dell'Assicurato fino all'Istituto di Cura e il rientro alla propria abitazione effettuato con aereo e/o velivolo sanitario. **Tali spese saranno rimborsate fino ad un importo massimo di € 10.000,00.**

Accompagnatore dell'Assicurato

Per il vitto e il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato. **Esclusivamente se il ricovero avviene in Istituto di Cura non convenzionato con il Network, tali spese saranno rimborsate nel limite di Euro 50,00 per giornata e per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

Ospedalizzazione domiciliare - attrezzature paramediche

Per l'acquisto o noleggio delle seguenti attrezzature paramediche:

- Stampelle
- Sedia a rotelle
- Letto ortopedico
- Materasso antidecubito

Tali spese saranno rimborsate fino ad un importo massimo di € 350,00.

Assistenza infermieristica privata durante il ricovero

Per l'assistenza infermieristica individuale svolta da professionista privato. **Tali spese saranno rimborsate nel limite di Euro 60,00 per giornata e per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

Supporto Psicologico

Per l'assistenza psicologica dell'Assicurato svolta da professionista privato nei 30 giorni successivi alla dimissione. **Tali spese saranno rimborsate fino ad un importo massimo di € 1.000,00.**

Avvertenza: per le garanzie Trasporto sanitario, Ospedalizzazione domiciliare, Assistenza infermieristica e Supporto Psicologico l'Assicurato può richiedere assistenza alla Centrale Operativa sia per l'organizzazione sia per l'erogazione delle prestazioni. Il costo delle prestazioni verrà rimborsato successivamente nei termini e nei limiti previsti dalla presente garanzia Interventi Veramente Importanti.

Day Surgery per Intervento Veramente Importante

Nel caso di ricovero in Day Surgery saranno rimborsate le spese per le medesime prestazioni previste durante il ricovero, comprese quelle per il trasporto.

Interventi di chirurgia neonatale per la correzione di malformazioni congenite

Gli interventi di chirurgia, anche non rientranti nell'elenco, in conseguenza di malformazioni e/o difetti fisici congeniti del nascituro dell'Assicurato, **a condizione che siano effettuati entro 6 mesi dalla nascita.** Sono ricompresi anche gli interventi chirurgici sul feto. Le spese verranno rimborsate nel caso in cui il concepimento sia avvenuto successivamente all'ingresso in garanzia della madre.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Assistenza Sanitaria Nazionale - Indennità sostitutiva

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale. Se tutte le spese di ricovero per Intervento Veramente Importante sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà **un'indennità di Euro 200,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento e fino ad un massimo di 80 giorni.**

ART. 19 - ELENCO INTERVENTI VERAMENTE IMPORTANTI

Saranno rimborsate le spese relative all'effettuazione dei seguenti Interventi:

- A) Tutti gli interventi resi necessari per l'asportazione, totale o parziale, di tumori maligni. Sono inoltre compresi i necessari interventi di chirurgia plastica ricostruttiva in conseguenza dell'asportazione di cui sopra, ivi incluso il costo di eventuali protesi applicate. Sono altresì compresi i tumori benigni al cervello e al midollo spinale.
- B) Tutti gli interventi di trapianto d'organo compresi il trapianto di midollo osseo e di cellule staminali.
- C) Interventi di cardiocirurgia compreso il costo delle protesi valvolari (con esclusione di quelli di cardiologia interventistica come ad esempio. Stenting, PTCA, ecc.) per:
 - tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - tutti gli interventi a cuore aperto;
 - impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.
- D) Interventi di chirurgia vascolare (**con esclusione di quelli di cardiologia interventistica come ad esempio. Stenting, PTCA, ecc.**) compreso il trattamento delle lesioni traumatiche ed il costo delle protesi:
 - sull'aorta;
 - sulle arterie degli arti e del collo;
 - sulla vena cava superiore (resezione di altri vasi toracici con anastomosi);
 - sulla vena cava inferiore (resezione di vene addominali con anastomosi).
- E) Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di protesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, caviglia, ivi incluso il costo della protesi.
- F) Interventi di chirurgia pediatrica - **effettuati non oltre il 16° anno di età** - per cisti e tumori del bambino di origine bronchiale, intestinale e nervosa (sistema nervoso). Inoltre, si ricomprendono (se rientranti in garanzia) gli interventi chirurgici per le seguenti malformazioni e difetti fisici:
 - Cranio bifido con meningocefalocele;
 - Idrocefalo ipersecretivo (derivazione ventricolare interna ed esterna);
 - Intervento di riparazione per fistole esofagee;
 - Intervento di riparazione di torace ad imbuto e torace carenato;
 - Intervento di riparazione di ernia diaframmatica;
 - Stenosi congenita del piloro [Piloroplastica];
 - Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva [altra resezione parziale dell'intestino tenue];
 - Megauretere;
 - Megacolon;
 - Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

Gli interventi sopra indicati, incluse le patologie congenite, sono compresi a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 10 - lettera b), fermo quanto previsto all'Art 10 - lettera a).

- G) Interventi di chirurgia uro-genitale di/per:
 - fistola vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
 - ileocisto plastica; colecistoplastica;
 - estrofia della vescica;
 - incontinenza urinaria;
 - metroplastica;
 - nefrectomia totale; surrenalectomia; cistectomia totale;
 - ricostruzione vescicale;
 - prostatectomia totale;
 - orchiectomia.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019



**COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI
MOVIMENTO COOPERATIVO**

Assimoco S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621 - Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v.

Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979 Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)

Capogruppo del Gruppo Assimoco

*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

ART. 20 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

Fermo quanto previsto alla "NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI", il rimborso delle spese sarà effettuato secondo le seguenti modalità:

- per le prestazioni erogate da Istituti di cura privati o pubblici **convenzionati con il Network**, tutte le spese relative saranno liquidate direttamente alle strutture sanitarie convenzionate fino all'importo del massimale assicurato.
- per le prestazioni erogate da Istituti di cura privati o pubblici **non convenzionati con il Network**, tutte le spese relative alle prestazioni erogate saranno liquidate direttamente all'Assicurato fino all'importo del massimale assicurato, **fatta salva l'applicazione di uno scoperto del 20% con il massimo di Euro 5.000,00.**

PRESTAZIONE B - (valida se attivata la Prestazione A)**ART. 21 - GRAVI PATOLOGIE**

La Società indennizza all'Assicurato il capitale assicurato indicato in polizza, in caso di insorgenza durante il periodo assicurativo di una delle "Gravi Patologie" descritte al successivo Art. 22 che abbia comportato all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 5%.

ART. 22 - ELENCO GRAVI PATOLOGIE

Sarà indennizzato il capitale assicurato per le seguenti Gravi Patologie:

- 1) **Tumore Maligno (Cancro):** crescita incontrollata e diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti. Sono incluse le patologie oncoematologiche con analoghe caratteristiche di malignità (leucemia, linfoma di Hodgkin e linfoma Non-Hodgkin ecc.). **Sono esclusi i tumori in situ ed i tumori della pelle ad eccezione del melanoma dal II stadio di Clark in poi (melanoma con diffusione oltre l'epidermide - strato superficiale della pelle).**
- 2) **Infarto acuto del Miocardio:** la morte di una porzione del muscolo cardiaco documentata da specifici accertamenti strumentali e di laboratorio e/o da cartella clinica rilasciata post ricovero.
- 3) **Ictus Cerebrale:** necrosi del tessuto cerebrale dovuta ad insufficiente afflusso di sangue o ad emorragia. **Sono esclusi gli attacchi ischemici transitori (TIA), le lesioni da trauma del tessuto cerebrale o dei vasi sanguigni e le emorragie secondarie in una lesione cerebrale preesistente (ad es. aneurisma cerebrale o malformazione vascolare).**
- 4) **Trapianto d'organo come ricevente:** ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo come da documentazione specialistica (cartella clinica) dei seguenti organi:
 - Cuore;
 - Polmone;
 - Fegato;
 - Rene;
 - Pancreas;
 - Midollo spinale.
- 5) **Malattia dei motoneuroni (SLA e altre):** diagnosi da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
- 6) **Malattia di Parkinson:** la cui diagnosi precisa sia effettuata da un medico neurologo sulla base dei necessari criteri clinici.
- 7) **Ustioni gravi:** ustioni di terzo grado che interessano almeno il 30% della superficie corporea, lasciando altresì reliquati funzionali e non solo estetici.
- 8) **Perdita della vista:** perdita della vista ad entrambi gli occhi (cecità assoluta, moto manu, conta dita).

ART. 23 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

L'erogazione della prestazione "Gravi Patologie" è vincolata all'acquisto da parte dell'Assicurato della prestazione "Interventi Veramente Importanti".

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Fermo quanto previsto alla “NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI”, la liquidazione dell’indennizzo sarà soggetta a preventiva verifica della documentazione medica da parte della Società. ***Dopo la liquidazione del capitale assicurato la prestazione si estingue definitivamente e nessuna ulteriore liquidazione è prevista alla diagnosi di una seconda Grave Patologia o di decesso successivo, mentre il premio pagato resta interamente acquisito dalla Società. Restano operanti le altre Prestazioni acquistate dall’Assicurato, ferma la sua facoltà di recedere dal contratto in base a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.***

PRESTAZIONE C - (valida se attivata la Prestazione A)

ART. 24 - SOSTEGNO TEMPORANEO AL REDDITO

A seguito di ricovero per uno degli eventi previsti dalla prestazione “Interventi Veramente Importanti”, la Società corrisponderà, a titolo di Sostegno Temporaneo al Reddito, la somma mensile indicata nella scheda di polizza – ***per un periodo pari a 6 mensilità*** - a condizione che:

- la durata del ricovero sia pari o superiore a 5 giorni;
- il periodo di convalida e riabilitazione sia di durata pari o superiore a 30 giorni, anche per ricovero di durata inferiore a 5 giorni.

La Società, fermo quanto sopra indicato, corrisponderà ad uno dei genitori (a condizione che abbia acquistato la garanzia “Sostegno al Reddito”) la somma mensile indicata nella scheda di polizza, nel caso in cui il figlio di età uguale o inferiore a 16 anni compiuti:

- risulti Assicurato per la prestazione “Interventi Veramente Importanti”;
- sia sottoposto ad uno degli Interventi Veramente Importanti.

In caso di Intervento Veramente Importante sul feto o sul neonato (nei primi 6 mesi di vita) la Società corrisponderà la somma mensile indicata in polizza ***per un periodo pari a 3 mensilità***.

ART. 25 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

L'erogazione della prestazione “Sostegno Temporaneo al Reddito” è vincolata all'acquisto da parte dell'Assicurato della prestazione “Interventi Veramente Importanti”.

Fermo quanto previsto alla “NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI”, la liquidazione dell’indennizzo sarà soggetta a verifica della documentazione medica - cartella clinica e altra documentazione idonea - da parte della Società.

ART. 26 - SOMME E CAPITALI ASSICURATI/SCOPERTI E FRANCHIGIE

Le prestazioni sono prestate per le somme, i capitali e l'applicazione degli scoperti e franchigie seguenti:

PRESTAZIONE	SOMMA/CAPITALE ASSICURATO	SCOPERTO
Interventi Veramente Importanti	€ 100.000,00 per persona e per annualità assicurativa	Nessuno: con utilizzo del Network 20% di ciascun sinistro con il massimo di € 5.000,00: senza utilizzo del Network
Gravi patologie	1° opzione: € 10.000,00 2° opzione: € 20.000,00	Nessuno Nessuno
Sostegno temporaneo al reddito	1° opzione: € 1.000,00 2° opzione: € 2.000,00	Nessuno Nessuno

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

CONDIZIONI CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E ORIENTAMENTO SANITARI

PREMESSA

La gestione delle prestazioni e dei servizi di assistenza e orientamento sanitari è affidata da Assimoco S.p.A. a Blue Assistance, Società di Servizi specializzata nel settore sanitario. Pertanto, tutte le prestazioni indicate garantite da Assimoco S.p.A. saranno gestite per il tramite di Blue Assistance.

Assimoco S.p.A., lasciando invariati la portata ed i limiti della prestazione, ha la facoltà di affidare tali servizi ad altra società autorizzata. In tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione di contratto.

Per usufruire delle prestazioni e servizi di assistenza e orientamento sanitari di seguito indicati agli Artt. 27, 28 e 29, l'Assicurato stesso, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare la Centrale Operativa telefonando, ai numeri:

**DALL'ITALIA
800194900**

**DALL'ESTERO
+39 02 84109446**

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.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assicurati negli orari stabiliti dagli Articoli sopra riportati per le prestazioni previste.

Gli interventi di assistenza devono essere esclusivamente disposti dalla Centrale Operativa pena la decadenza del diritto alle prestazioni previste dalla garanzia.

L'Assicurato deve altresì produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, **copia della cartella clinica completa**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Assimoco ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita.

PRESTAZIONE D - OBBLIGATORIA

ART. 27 - SERVIZI E GARANZIE DI ASSISTENZA ATTIVABILI TRAMITE LA CENTRALE OPERATIVA 24 ORE SU 24 ORE.

A) Consigli medici

La centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli:

- sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare in caso di infortunio e/o malattia;
- sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno.

B) Invio di un medico generico

Invio di medico generico in caso di necessità di visita medica urgente. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autovettura, ambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza. **Il costo della prestazione è a totale carico dell'Assicurato.**

C) Invio di un medico specialista

Invio di medico specialista in caso di necessità di visita medica urgente. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la centrale operativa sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autovettura, ambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza. **Il costo della prestazione è a totale carico dell'Assicurato.**

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

ART. 28 - SERVIZI DI ASSISTENZA ED ORIENTAMENTO SANITARI ATTIVABILI TRAMITE LA CENTRALE OPERATIVA DALLE ORE 08:00 ALLE 18:00 DEI GIORNI FERALI E DALLE ORE 08:00 ALLE ORE 12:00 DEL SABATO.**A) Prenotazione di visita pediatrica**

Prenotazione nell'ambito del circuito convenzionato di una visita pediatrica a tariffa agevolata una volta per anno assicurativo fino ai 16 anni di età. **Il costo della prestazione è a totale carico dell'Assicurato.**

B) Informazioni donne parorienti/nascita bambino

Tutte le donne assicurate, in caso di gravidanza a "rischio" che ha avuto inizio dopo la conclusione del contratto, possono contattare la Centrale Operativa per informazioni e consigli. Tutte le donne assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, possono contattare telefonicamente la Centrale Operativa e avere consigli sui piccoli problemi che può avere il bambino nei suoi primi 3 (tre) mesi di vita (coliche, intolleranze, ecc.).

C) 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 primaria Struttura europea convenzionata.

L'attivazione della prestazione deve essere richiesta entro 60 giorni dalla data presunta del parto, tramite la Centrale Operativa. **Il costo della prestazione è a totale carico dell'Assicurato.**

D) Check-up donna/uomo

L'Assicurato può richiedere, una volta per anno assicurativo, l'effettuazione di un check-up comprendente le gli esami sotto indicati usufruendo di tariffe agevolate. **Il costo della prestazione è a totale carico dell'Assicurato.**

DONNA in età tra 20 e 49 anni**Esame**

Emocromo completo con formula
AST (transaminasi aspartato transferasi)
ALT (transaminasi alanina transferasi)
Gamma GT (gamma glutammil trans peptidasi)
Esame urino chimico - fisico completo
Trigliceridi
Creatinina
Azotemia
Colesterolo totale
Colesterolo HDL
Visita ginecologica + Pap-test

Diagnostico

Anemia
Malattie epatiche
Malattie epatiche
Malattie epatiche
Vie urinarie e vescica
Grasso nel sangue
Malattie renali
Malattie renali
Grassi nel sangue
Grassi nel sangue
Cancro al collo dell'utero

DONNA in età tra 50 e 70 anni**Ulteriori Esami in aggiunta ai precedenti**

Glicemia
Emoglobina glicosilata
Visita senologica + mammografia
T3 - T4 - TSH

Diagnostico

Diabete mellito
Diabete mellito
Tumore seno
Tiroide

UOMO in età tra 20 e 49 anni**Esame**

Emocromo completo con formula
AST (transaminasi aspartato transferasi)
ALT (transaminasi alanina transferasi)
Gamma GT (gamma glutammil trans peptidasi)
Esame urino chimico - fisico completo
Trigliceridi
Creatinina
Azotemia
Colesterolo totale
Colesterolo HDL
Visita Cardiologica + ECG

Diagnostico

Anemia
Malattie epatiche
Malattie epatiche
Malattie epatiche
Vie urinarie e vescica
Grasso nel sangue
Malattie renali
Malattie renali
Grassi nel sangue
Grassi nel sangue
Scompensi cardiaci

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

UOMO in età tra 50 e 70 anni**Ulteriori Esami in aggiunta ai precedenti**

Glicemia
Emoglobina glicosilata
PSA
Ecocolordoppler TSA (tronchi sovra-aortici)

Diagnostico

Diabete mellito
Diabete mellito
Tumore prostatico
Ictus (Stroke)

E) Second Opinion

La Second Opinion è rivolta all'Assicurato affetto da una "Grave Patologia" o che debba affrontare un "Intervento Veramente Importante", così come definiti agli Artt. 19 e 22 del presente fascicolo, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e l'Assicurato 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 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'inoltrò, 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'equipe 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.

F) Diagnostica domiciliare post ricovero

Nei 10 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere, qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza la Centrale Operativa organizza presso il domicilio dell'Assicurato massimo 2 (due) prestazioni sanitarie per sinistro fra i seguenti servizi:

- esami del sangue;
- elettrocardiogramma;
- ecocardiogramma;
- ecografia semplice;
- ecodoppler.

Nel caso in cui gli esami non possano essere effettuati presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura, o altri mezzi adatti alla circostanza, il cui costo rimane a carico della Società. ***In quest'ultimo caso il costo della prestazione sanitaria effettuata nella struttura rimane a carico dell'Assicurato.***

G) Servizi sanitari post ricovero

Nei 10 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere, a seguito di ricovero di durata pari o superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa invia una persona presso il domicilio dell'Assicurato per svolgere una o più delle seguenti mansioni:

- collaboratrice domestica;
- consegna medicinali;
- consegna generi alimentari;
- dog sitter.

Il costo rimane a carico di Assimoco S.p.A. fino alla concorrenza di € 600,00 per sinistro.

H) Assistenza professionale domiciliare per familiare non autosufficiente

In caso di familiare convivente non autosufficiente che necessiti di assistenza professionale domiciliare, la Centrale Operativa invia, durante il periodo di ricovero dell'Assicurato, il relativo personale al domicilio dell'Assicurato. **Il costo rimane a carico di Assimoco S.p.A. fino alla concorrenza di € 600,00 per sinistro.**

I) Interprete all'estero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la Centrale Operativa, provvede a reperirlo. **La prestazione opera per un massimo di € 500,00 per sinistro.**

J) Invio medicinali urgenti all'estero

Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante fosse introvabile sul posto, la Centrale Operativa provvede a far pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali; o ad indicare il medicinale equivalente reperibile sul posto. **Il servizio è prestato una volta per ogni sinistro. Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.**

K) Assistenza di un familiare in caso di ricovero all'estero

La Centrale Operativa fornirà assistenza nell'organizzazione logistica per consentire ad un familiare di raggiungere l'Assistito mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica). **La prestazione opera fino ad un massimo di € 1.000,00 per sinistro.**

L) Invio di un infermiere o di un fisioterapista a domicilio

Nei 10 giorni successivi alle dimissioni ospedaliere, a seguito di ricovero di durata pari o superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa supporterà l'Assicurato, qualora prescritto dal medico ospedaliero o dal suo medico curante, inviando di un infermiere o di un fisioterapista a domicilio. **La prestazione opera fino ad un massimo di € 500,00 per sinistro.**

MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Poiché le garanzie del ramo Assistenza si qualificano, per norma di legge, in obbligazioni "di fare" e non possono essere considerate come obbligazioni "di dare", Assimoco non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. Assimoco non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile e a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto. Assimoco non potrà provvedere altresì al rimborso di prestazioni previste dalla presente Sezione Assistenza ma usufruite dagli Assicurati senza preventivo contatto con la Centrale Operativa.

**NETWORK DELLE STRUTTURE SANITARIE E ODONTOIATRICHE CONVENZIONATI
A TARIFFE AGEVOLATE ATTIVABILI TRAMITE WEB****PRESTAZIONE E - OBBLIGATORIA****ART. 29 - ACCESSO AL NETWORK DELLE STRUTTURE SANITARIE E ODONTOIATRICHE CONVENZIONATI A TARIFFE AGEVOLATE ATTIVABILI TRAMITE WEB**

L'Assicurato ha la possibilità di usufruire di prestazioni sanitarie a tariffe agevolate tramite le strutture sanitarie e odontoiatriche convenzionate con Blue Assistance che garantiscono tariffe preferenziali. È possibile scegliere, senza limiti di frequenza, la struttura più adatta presso cui effettuare le prestazioni.

Per usufruire delle prestazioni sanitarie tramite il network sanitario e odontoiatrico convenzionati a tariffe agevolate, l'Assicurato può accedervi tramite web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate:

- accedere al sito www.mynet.blue/ inserendo il codice **PIN personalizzato**.
- in caso di **smarrimento o dimenticanza del PIN** è possibile ricostruirlo con le seguenti modalità: AO01N00+le prime tre cifre del numero di polizza+ le ultime sei cifre del numero di polizza: in alternativa è possibile rivolgersi all'intermediario del contratto;
- esclusivamente al primo accesso, inserire i propri dati anagrafici e i dati degli altri famigliari assicurati;
- effettuare la scelta del centro sanitario o odontoiatrico presso il quale effettuare le cure;
- salvare e stampare il voucher da presentare in forma cartacea presso il centro.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La gestione dei sinistri è affidata da Assimoco S.p.A. a Blue Assistance, Società di Servizi specializzata nel settore sanitario.

BLUE ASSISTANCE

- Ha sede a Torino – Via Santa Maria, 11
- Risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA
800194900

DALL'ESTERO
+39 02 84109446

Oppure è possibile consultare il sito: www.blueassistance.it

ART. 30 - NORME DEL SERVIZIO

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

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

ART. 31 - MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La liquidazione ed il pagamento dell'indennizzo avvengono nel rispetto delle procedure operative di cui al successivo Art. 32 e secondo una delle seguenti modalità:

- A) Pagamento diretto (ASSISTENZA DIRETTA):** in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance la Società pagherà direttamente o farà pagare, in nome e per conto dell'Assicurato, le spese sostenute e indennizzabili eccedenti l'eventuale scoperto o franchigia previsti che rimarranno a carico dello stesso e che dovranno essere versati direttamente alla Struttura sanitaria e/o ai medici convenzionati.
- B) Gestione forma mista (ASSISTENZA MISTA):** in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed équipe medica non convenzionata, la Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato la conferma della presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo della struttura sanitaria/equipe medica non convenzionata sarà sostenuto direttamente dall'Assicurato, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza e come regolato al successivo punto c).
- C) Pagamento a rimborso (ASSISTENZA INDIRETTA):** in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati, la Società rimborserà all'Assicurato le spese sostenute ed indennizzabili, al netto degli eventuali scoperti/franchigie previsti dalle condizioni di polizza.

ART. 32 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**A) ASSISTENZA DIRETTA - Procedura per l'utilizzo di strutture e medici chirurghi convenzionati con la Centrale Operativa**

La possibilità di accedere all'utilizzo di strutture sanitarie e di medici chirurghi convenzionati è condizionata alla preventiva telefonata che deve essere effettuata almeno **3 giorni lavorativi precedenti la data prevista per la prestazione/ricovero e all'autorizzazione al pagamento diretto di Blue Assistance**, in mancanza delle quali le spese verranno rimborsate secondo quanto previsto al successivo punto c) Assistenza Indiretta.

L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile sul sito: www.blueassistance.it

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Poiché la rete delle strutture sanitarie è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'Assicurato proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando e chiedendo conferma a Blue Assistance ai seguenti numeri:

- dall'Italia: 800194900
- dall'Estero: +39 02 84109446

www.blueassistance.it

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assicurati:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00
- il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00

per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurgici convenzionati e per fornire qualsiasi informazione di cui necessitassero riguardo ai servizi erogati.

All'atto della risposta l'Assicurato dovrà comunicare all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che effettuerà la prestazione;
- numero di polizza;
- recapito telefonico dell'Assicurato che effettuerà la prestazione;
- data prevista per la prestazione/ricovero e tipologia della prestazione richiesta.

È necessario che l'Assicurato trasmetta la seguente documentazione:

- prescrizione del medico curante contenente la diagnosi per la quale si rende necessario il ricovero/prestazione;
- se richiesto, ogni ulteriore documento medico ritenuto necessario dalla Centrale Operativa.

All'atto del ricevimento della documentazione medica la Centrale Operativa valutata la congruità medico - assistenziale della prestazione e l'operatività delle garanzie assicurative contrattualmente previste, autorizza la struttura convenzionata al pagamento diretto del ricovero/prestazione (evidenziando eventuali delimitazioni di garanzia previste dalla copertura assicurativa) ed avvisa l'Assicurato dell'esito positivo della presa in carico della pratica. La struttura sanitaria convenzionata, nel rispetto delle convenzioni in essere, trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa gli originali delle fatture e copia dei referti clinici, per l'ottenimento del pagamento delle prestazioni.

Solo ed esclusivamente nei casi di interventi chirurgici con carattere di comprovata urgenza o gravità medica, l'Assicurato potrà richiedere l'autorizzazione successivamente all'erogazione della prestazione e comunque **entro un termine massimo di 3 giorni dall'avvenuta accettazione ospedaliera effettuata presso l'Istituto di Cura**. In tal caso, l'urgenza e la gravità della prestazione dovranno essere dimostrate da idonea documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria.

La Centrale Operativa provvederà, in seguito, a trasmettere all'Assicurato documento comprovante l'avvenuta liquidazione, trattenendo presso di sé gli originali della documentazione acquisita.

La Centrale Operativa s'impegna a comunicare al momento della presa in carico, le spese che rimarranno a carico dell'Assicurato e che dovrà sostenere in proprio (scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate in garanzia). L'utilizzo delle strutture sanitarie e/o dei medici convenzionati ed il relativo servizio di indennizzo diretto è attivabile in caso di ricovero per Intervento Veramente Importante.

Resta inteso che:

- **Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente alla presa in carico per la quale l'Assicurato abbia usufruito del servizio in regime di convenzione, la non operatività delle garanzie di polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che avrebbero determinato l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare alla Società le somme che questa, per il tramite di Blue Assistance abbia corrisposto ad istituti di cura, centri diagnostici, o medici convenzionati o altro.**

Tali circostanze saranno debitamente comunicate mediante lettera raccomandata all'Assicurato, il quale sarà tenuto a restituire entro, e non oltre, 30 giorni dal ricevimento della stessa, le somme indebitamente liquidate dalla Società tramite Blue Assistance. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto spettante;

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

- *ancorché l'Assicurato utilizzi strutture sanitarie e/o medici convenzionati senza ottemperare agli obblighi per la presa in carico in forma diretta della prestazione, secondo le modalità precedentemente descritte, la richiesta verrà trattata con le modalità di gestione previste per i casi di mancato convenzionamento, applicando gli scoperti o le franchigie previste ed entro i limiti d'indennizzo previsti per la forma di pagamento a rimborso.*
- *le spese relative alle prestazioni sanitarie effettuate nei giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico (c.d. pre ricovero), se previste in garanzia, saranno rimborsate secondo le modalità di cui al punto c) Assistenza Indiretta.*

B) ASSISTENZA MISTA - Procedura per l'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici chirurghi non convenzionati (e viceversa) con la Centrale Operativa

Qualora l'Assicurato, in caso di Ricovero o Day Surgery per Intervento Veramente Importante, ritenga di avvalersi delle strutture convenzionate e di medici non convenzionati fermo quanto previsto al punto A), dovrà provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei professionisti non convenzionati e, successivamente, chiederne il rimborso. Sarà cura dell'Assicurato l'invio entro 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto possibilità, all'indirizzo sotto riportato di Blue Assistance, del modulo di richiesta rimborso spese sanitarie sostenute in forma non convenzionata, debitamente compilato, unitamente alla documentazione medica e a quella relativa alle spese sostenute.

BLUE ASSISTANCE
Via Santa Maria, 11
10122 Torino (TO)
www.blueassistance.it

C) ASSISTENZA INDIRETTA - Procedura per l'utilizzo di strutture e medici chirurghi non convenzionati con la Centrale Operativa

Qualora l'Assicurato ritenga di non avvalersi del convenzionamento diretto e non utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale, dovrà inviare il modulo di richiesta rimborso spese sanitarie debitamente compilato all'indirizzo sotto riportato, unitamente alla documentazione medica e a quella relativa alle spese sostenute, entro 60 giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto possibilità, fermo quanto stabilito dall'Art. 1910 e dall'Art. 1913 del Codice Civile a:

BLUE ASSISTANCE
Via Santa Maria, 11
10122 Torino (TO)
www.blueassistance.it

La richiesta di rimborso dovrà contenere la documentazione indicata al successivo punto "DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI". Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultano dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e provvede al pagamento. La Società provvederà a restituire la documentazione originale con indicazione della liquidazione effettuata.

C.1) - Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora il ricovero o il Day Surgery per Intervento Veramente Importante avvenga integralmente o parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche od istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'Indennità Sostitutiva. In tal caso dovrà provvedere direttamente al pagamento di dette spese e successivamente richiedere l'indennità sostitutiva secondo quanto previsto al successivo punto C.2).

C.2) - Richiesta dell'Indennità Sostitutiva

Qualora l'Assicurato scelga di richiedere l'Indennità sostitutiva a seguito di ricovero o Day Surgery per Intervento Veramente Importante deve far pervenire all'indirizzo sotto indicato, **entro sessanta giorni dalla data del sinistro o da quando ne ha avuto possibilità**, copia conforme della cartella clinica completa:

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

BLUE ASSISTANCE

Via Santa Maria, 11

10122 Torino (TO)

www.blueassistance.it

La Società, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento.

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

ART. 33 - DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Ogni pratica di rimborso deve contenere:

- documentazione di spesa fiscalmente valida;
- prescrizione medica che specifichi la diagnosi e/o quesito diagnostico;
- documentazione descrittiva degli accertamenti/terapie effettuate.

Interventi Veramente Importanti

- copia conforme della cartella clinica integrale e scheda di dimissione ospedaliera (SDO) completa;
- referto istologico, se eseguito;
- tutta la documentazione di spesa fiscalmente regolare e quietanzata, sostenuta durante il ricovero;
- per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere inviate oltre alle fatture/ticket anche tutte le prescrizioni mediche;
- per gli interventi di chirurgia di cui all'Art. 18 "Interventi di chirurgia neonatale per la correzione di malformazioni congenite" dovrà essere inviata anche la cartella clinica relativa al parto;
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

Gravi Patologie

- diagnosi e relazione medico specialista;
- cartella clinica completa;
- documentazione relative agli esami ed alle visite effettuate;
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

Sostegno Temporaneo al Reddito

- copia conforme della cartella clinica integrale e scheda di dimissione ospedaliera (SDO) completa (in alternativa estratto cartella clinica comprendente l'anamnesi);
- referto istologico, se eseguito;
- per le spese mediche sostenute nel periodo di pre e post ricovero dovranno essere inviate oltre alle fatture/ticket anche tutte le prescrizioni mediche;
- se la garanzia viene prestata in caso di intervento veramente importante su minore: stato di famiglia da cui risulti il grado di parentela con il genitore assicurato;
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

Tickets sanitari

- fotocopia della prescrizione medica con diagnosi corredata di documentazione di spesa fiscalmente valida, riportante l'indicazione del tipo di prestazione effettuata.

Richiesta di rimborso tramite upload

- L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it.
- La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019



COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI
MOVIMENTO COOPERATIVO

Assimoco S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621 - Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v.

Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979
Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)

Capogruppo del Gruppo Assimoco

*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

Richiesta di rimborso con accompagnatoria telematica

- Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assicurato accedendo alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata, e consente l'indicazione da parte dell'Assicurato di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.
- Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'Assicurato dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.
- A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata sarà presa in carico da Blue Assistance, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.
- **Si ricorda che per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).**

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

ALLEGATO A

TABELLA COEFFICIENTI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ'

Età	Prestazione A	Prestazione B		Prestazione C	
	Interventi Veramente Importanti	Gravi Patologie		Sostegno Temporaneo al Reddito	
	€ 100.000	€ 10.000	€ 20.000	€ 1.000	€ 2.000
0 - 16	0,8509	0,1669		=====	
17	0,8509	0,1669		0,8527	
18	0,8509	0,1669		0,8527	
19	0,8509	0,1669		0,8527	
20	0,8509	0,1669		0,8527	
21	0,8509	0,1669		0,8527	
22	0,8509	0,1803		0,8527	
23	0,8509	0,1937		0,8527	
24	0,8509	0,2104		0,8527	
25	0,8509	0,2304		0,8527	
26	0,8589	0,2521		0,8527	
27	0,8589	0,2771		0,8527	
28	0,8589	0,3072		0,8527	
29	0,8589	0,3389		0,8527	
30	0,8618	0,3756		0,8527	
31	0,8662	0,4157		0,8741	
32	0,8705	0,4608		0,8741	
33	0,8771	0,5109		0,8741	
34	0,8836	0,5643		0,8741	
35	0,8938	0,6227		0,9002	
36	0,9069	0,6878		0,9002	
37	0,9229	0,7563		0,9240	
38	0,9440	0,8314		0,9454	
39	0,9695	0,9132		0,9715	
40	1,0000	1,0000		1,0000	
41	1,0371	1,0935		1,0380	
42	1,0800	1,2053		1,0808	
43	1,1302	1,3356		1,1306	
44	1,1884	1,4858		1,1900	
45	1,2545	1,6561		1,2565	
46	1,3287	1,8497		1,3302	
47	1,4138	2,0668		1,4157	
48	1,5084	2,3122		1,5083	
49	1,6145	2,5843		1,6152	
50	1,7353	2,8848		1,7363	

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

ALLEGATO A

TABELLA COEFFICIENTI DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ'

Età	Prestazione A	Prestazione B		Prestazione C	
	Interventi Veramente Importanti € 100.000	Gravi Patologie € 10.000	€ 20.000	Sostegno Temporaneo al Reddito € 1.000	€ 2.000
51	1,8727	3,2187		1,8741	
52	2,0320	3,5843		2,0333	
53	2,2095	3,9850		2,2114	
54	2,4095	4,4207		2,4109	
55	2,6356	4,8965		2,6366	
56	2,8887	5,3940		2,8907	
57	3,1709	5,9950		3,1734	
58	3,4793	6,7112		3,4822	
59	3,8080	7,5192		3,8100	
60	4,1440	8,3873		4,1473	
61	4,4785	9,2871		4,4822	
62	4,7993	10,1920		4,8029	
63	5,0895	11,0701		5,0926	
64	5,3709	11,8965		5,3753	
65	5,6422	12,6411		5,6461	
66	5,9025	13,3439		5,9074	
67	6,1513	14,0033		6,1544	
68	6,3876	14,6160		6,3919	
69	6,6145	15,1786		6,6200	
70	6,8269	15,6945		6,8314	
71	7,0240	16,1619		7,0285	
72	7,2036	16,5826		7,2090	
73	7,3629	16,9533		7,3682	
74	7,5025	17,2771		7,5083	

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

GLOSSARIO

Ai seguenti termini indicati nelle Condizioni Generali di Assicurazione viene attribuito il significato qui precisato:

Accertamento diagnostico

La prestazione medico strumentale atta a ricercare o definire la presenza o il decorso di una malattia, anche a carattere invasivo.

Assicurato

Il soggetto persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione professionale in base alla normativa vigente.

Assistenza psicologica

Le prestazioni di psicoterapia effettuate da psicologo iscritto all'albo o da medico abilitato alla psicoterapia.

Aspettativa/Carenza contrattuale

Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto assicurativo e la decorrenza effettiva della garanzia assicurativa.

Blue Assistance

È la società di servizi che provvede, per conto di Assimoco S.p.A. alla liquidazione dei sinistri e gestisce le convenzioni ed i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia e all'Estero.

Contraente

Il soggetto persona fisica che stipula il contratto.

Convalescenza

Il periodo che intercorre tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in istituto di cura, comportante intervento chirurgico terapeutico.

Franchigia

Parte del danno indennizzabile espressa in cifra fissa a carico dell'Assicurato.

Grave patologia

Una delle patologie riportate nell'elenco "Gravi Patologie" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Indennità sostitutiva

L'importo giornaliero erogato in caso di ricovero che viene corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante lo stesso ricovero ai termini del presente contratto.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca, come conseguenza diretta ed esclusiva, lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale della malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero - anche in Day Surgery - in regime ordinario.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Intervento veramente importante

Gli interventi chirurgici riportati nell'elenco "Interventi Veramente Importanti" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Intramoenia

Le prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di cura

La struttura sanitaria (pubblica o privata), in Italia o all'Estero, regolarmente autorizzata all'erogazione di prestazioni sanitarie ospedaliere. **Non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e per lunga degenza, le case di riposo, le strutture per la cura di malati cronici, gli istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.**

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva e sue recidive.

Malformazione/Difetto fisico

Alterazione anatomica e/o funzionale congenita che sia evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione dell'assicurazione.

Massimale

L'importo che costituisce l'esborso massimo della Società per ogni singola persona e periodo annuo assicurativo.

Network

La rete convenzionata dalla Società costituita da ospedali, istituti di carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici e poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste strutture, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, in forma diretta e mista, senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi previsti nel contratto, ad eccezione delle sole franchigie e scoperti se previsti.

Periodo assicurativo annuale

Il periodo di durata uguale a 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che inizia alle ore 24 del giorno di effetto del contratto di assicurazione e termina alle ore 24 del giorno di scadenza del contratto stesso.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario sanitario

Documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato; lo stesso deve essere compilato e sottoscritto da ciascun Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale, prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione. Il Questionario sanitario costituisce parte integrante del contratto di assicurazione a la Società dà il consenso alla copertura assicurativa sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate.

Ricovero

La degenza/permanenza ininterrotta, comportante pernottamento, in un Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di un intervento chirurgico, oppure di accertamenti ed indagini non eseguibili in ambulatorio, sempreché documentata da cartella clinica.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

La parte di danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019

Second opinion

La consulenza medico specialistica erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

ASSIMOCO S.p.A.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Le prestazioni di medicina riabilitativa, eseguite presso Istituti di Cura, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni articolari.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa a condizione che quest'ultima venga prescritta dal medico curante dell'Assicurato.

Mod. D844 CG 01 - Ed. 01/2016- Aggiornamento al 07/2019