



Indennitaria Italiana

ASSICURAZIONE SANITARIA

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA
ASSICURAZIONI**

TOGETHER MORE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE INDENNITARIA ITALIANA

**Mod. MAL50191
Ed. 01/2024**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 042 042
SERVIZIO CLIENTI – ITALIANA ASSICURAZIONI	800 101 313

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata al contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere la liquidazione di un sinistro o la modifica dei propri dati personali). È possibile accedere anche tramite l'app Italiana Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Indennitaria Italiana è un'assicurazione sanitaria pensata per affrontare situazioni impreviste legate alla salute che possono compromettere la continuità del reddito o comportare spese improvvise.

Il prodotto offre le seguenti garanzie:

- Indennità per evento: in caso di *ricovero* o *lesione* causata da *malattia* o *infortunio*, viene riconosciuto un *indennizzo* in base alla gravità dell'evento;
- Rimborso spese mediche: sono pagate o rimborsate le spese sostenute per *visite specialistiche*, *accertamenti diagnostici*, *trattamenti di fisioterapia*, trattamenti medici riabilitativi e terapeutici effettuati prima o dopo il *ricovero* o l'intervento chirurgico e cure termali effettuate dopo il *ricovero* o l'intervento chirurgico;
- Prestazioni di assistenza a domicilio: sono fornite prestazioni di assistenza a domicilio, come l'invio di un medico generico o di un'ambulanza.

La struttura del prodotto è semplice e permette di calcolare in anticipo le prestazioni garantite:

- in caso di ricovero o lesione: *l'indennizzo* è calcolato in base alla percentuale indicata nell'Appendice 1 corrispondente alla gravità dell'evento moltiplicato per la *somma assicurata*;
- per le spese mediche:
 - in *strutture convenzionate*, è pagato il 90% della spesa;
 - in strutture non convenzionate, è rimborsato il 70% della spesa, con i seguenti limiti:
 - per ogni *visita specialistica*, il rimborso massimo è di 100 €;
 - per ogni *accertamento diagnostico*, il rimborso massimo è indicato nella Guida al rimborso allegata alle *condizioni di assicurazione*;
 - per ogni trattamento medico riabilitativo o terapeutico, il rimborso massimo è di 100 €;
 - per le cure termali, il rimborso massimo è di 250 € a persona.

Indennitaria Italiana offre anche utili servizi non assicurativi sempre operanti fruibili tramite *piattaforma online dedicata*:

- 5 videoconsulti specialistici;
- prestazioni di medici a domicilio a tariffe agevolate;
- accesso al network di *Blue Assistance* (che include strutture sanitarie, dentisti, fisioterapisti, centri ottici e centri fitness) a tariffe agevolate.



All'interno delle *condizioni di assicurazione* sono presenti dei box di consultazione che indicano gli aspetti più importanti, le precisazioni utili sull'*assicurazione* e spiegazioni di temi complessi. Il testo contenuto nel box ha solo una finalità esplicativa e non ha valore contrattuale.

Nota bene:

- i termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato nel glossario delle *condizioni di assicurazione*.
- le parti evidenziate in blu devono essere lette attentamente dal *contraente/assicurato*.

INDICE

GLOSSARIO	07
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	10
 1 CHE OBBLIGHI HO IN QUALITA' DI CONTRAENTE/ASSICURATO	10
1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio... ..	10
1.2 Cambio di <i>residenza/domicilio</i> all'estero	10
1.3 Altre assicurazioni	11
1.4 Come comunicare con Italiana Assicurazioni	11
 2 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	11
 3 COME POSSO RECEDERE DALLA POLIZZA	12
3.1 Recesso per polizza poliennale	12
3.2 Recesso in caso di <i>vendita a distanza</i>	12
 4 QUANDO E COME DEVO PAGARE	12
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	12
 6 ALTRE INFORMAZIONI	13
6.1 Controversie – valutazione collegiale ed arbitrato irrituale	13
6.2 Foro competente	13
6.3 Rinuncia alla rivalsa	13
6.4 Modifiche all'assicurazione	14
6.5 Rinvio alle norme di legge	14
SEZIONE INDENNITARIE	15
 7 CHE COSA È ASSICURATO	15
7.1 Indennità per evento	15
7.2 Limiti all' <i>indennizzo</i>	16
7.3 Servizi non assicurativi	16

	7.3.1 Accesso al network	16
	A. Oggetto	16
	B. Diritti dell'assicurato	16
	7.3.2 Videoconsulti specialistici	17
	7.3.3 Prestazioni mediche a domicilio a tariffe agevolate	17
	8 CHE COSA NON È ASSICURATO	17
	8.1 Esclusioni	17
	8.2 Decorrenza della garanzia - carenze	18
	9 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	19
	9.1 Criteri di indennizzabilità	19
	9.2 Norme del servizio <i>Blue Assistance</i>	19
	9.3 Data del <i>sinistro</i>	19
	9.4 Obblighi dell'assicurato	20
	9.5 Cosa fare in caso di <i>sinistro</i>	20
SEZIONE MALATTIE		21
	10 CHE COSA È ASSICURATO	21
	10.1 Rimborso spese mediche (visite specialistiche e <i>accertamenti diagnostici</i>)	21
	11 CHE COSA NON È ASSICURATO	23
	11.1 Esclusioni	23
	11.2 Decorrenza della garanzia - carenze	24
	12 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	25
	12.1 Data del <i>sinistro</i>	25
	12.2 Norme del servizio <i>Blue Assistance</i>	25
	12.3 Obblighi dell' <i>assicurato</i>	25
	12.4 Cosa fare in caso di <i>sinistro</i>	26
SEZIONE ASSISTENZA		28
	13 CHE COSA È ASSICURATO	28
	13.1 Assistenza – prestazioni a domicilio	28

✕ 14	CHE COSA NON È ASSICURATO.....	29
	14.1 Esclusioni	29
📄 15	COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	30
	15.1 Obblighi dell'assicurato.....	30
	15.2 Mancato utilizzo delle prestazioni	31
	15.3 Rimborso per prestazioni indebitamente ottenute	31
	APPENDICE 1 - Elenco delle lesioni.....	32
	APPENDICE 2 – Guida al rimborso.....	37
	APPENDICE 3 – Glossario giuridico	50

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

Descrizione delle garanzie previste dal prodotto.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Funzionamento di alcune garanzie, con eventuale indicazione del loro perimetro di applicazione, delle limitazioni e dei casi in cui non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Indicazione di quali persone o beni non possono essere assicurati e quali eventi sono esclusi dalla polizza.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepilogo per ogni singola garanzia di limiti di *indennizzo*, *franchigie* e scoperti.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Procedura per la denuncia di sinistro, contatti di riferimento, documentazione da consegnare, tempistiche di accertamento del sinistro e liquidazione dell'*indennizzo*.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI CONTRAENTE/ASSICURATO

Obblighi del *contraente/assicurato* sia al momento dell'acquisto, sia durante tutta la durata del contratto.



COME POSSO DISDIRE/RECEDERE DALLA POLIZZA

Modalità di scioglimento del contratto.



QUANDO E COME DEVO PAGARE

Modalità di pagamento dei *premi* e altre informazioni che possono influire sul *premio* di polizza.



DOVE VALE LA COPERTURA

Paesi in cui sono valide le singole garanzie.



ALTRE INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni presenti solo nella Sezione del contratto denominata "Norme comuni a tutte le garanzie".

GLOSSARIO

I termini utilizzati in corsivo hanno il significato, sia al singolare sia al plurale, specificato in seguito.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica, strumentale o di laboratorio, 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*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione composto da *condizioni di assicurazione* e *scheda di polizza*, ed eventuali documenti aggiuntivi richiamati in *scheda di polizza*.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, che fa parte di Reale Group, che provvede, per conto di Italiana Assicurazioni, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate da Italiana Assicurazioni.

CARD SALUTE

La Card Salute è una carta per il riconoscimento dell'*assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, valida per tutta la durata contrattuale.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, che contiene:

- le generalità dell'*assicurato*;
- l'anamnesi patologica prossima e remota;
- il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami, il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera (*S.D.O.*).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance* che organizza ed eroga le prestazioni assicurative e i servizi previsti dall'*assicurazione*.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Questo documento.

CONTRAENTE

La persona che stipula l'*assicurazione* con Italiana Assicurazioni.

DAY HOSPITAL

Ricovero solo diurno in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY

Ricovero solo diurno in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico e documentata da *cartella clinica*.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

INDENNIZZO

Somma che Italiana Assicurazioni paga 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 abilitato in base ai requisiti di legge, con diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici o con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. È considerata intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura.

Non sono interventi chirurgici anche se effettuati con gli strumenti sopraindicati:

- le procedure con sola finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

LESIONE

Modificazione, in senso patologico, della struttura e della funzione di un tessuto o di un organo, a causa di *infortunio* o *malattia*. L'elenco delle lesioni indennizzabili è riportato nell'Appendice 1 – ELENCO DELLE LESIONI.

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, evidente o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione dell'*assicurazione*.

SCHEDE DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del *contraente* e quelli necessari alla gestione dell'*assicurazione*, le dichiarazioni e le scelte del *contraente*, i dati identificativi del rischio, la *somma assicurata*, il *premio* e la sottoscrizione delle *parti*.

NON AUTOSUFFICIENZA

Impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza assistenza, almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale.
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

PARTI

Il *contraente* e Italiana Assicurazioni.

PIATTAFORMA ONLINE DEDICATA

La piattaforma a disposizione dell'*assicurato* accessibile tramite l'Area Riservata di Italiana Assicurazioni o l'APP Italiana Assicurazioni Mobile in cui l'*assicurato* stesso potrà usufruire dei servizi non assicurativi sempre operanti. Resta espressamente inteso che Italiana Assicurazioni si riserva facoltà di cambiare la piattaforma nel corso della durata dell'*assicurazione*, previa comunicazione al *contraente*.

PREMIO

Somma dovuta dal *contraente* a Italiana Assicurazioni.

RESIDENZA

Luogo in Italia in cui l'*assicurato* ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento o in *day hospital/day surgery* resa necessaria da *malattia* o da *infortunio*.

SINISTRO

L'evento coperto dall'*assicurazione*.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.

Non sono 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, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, dove l'*assicurato* può fruire di tariffe convenzionate per le prestazioni sanitarie coperte dall'*assicurazione*.

Prima di effettuare le prestazioni l'*assicurato* deve consultare l'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati sul sito internet www.italiana.it o sull'APP Italiana Assicurazioni Mobile.

VENDITA A DISTANZA

Modalità di stipula dell'*assicurazione* senza la presenza fisica e simultanea delle *parti*.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico o specialista curante, praticate da operatore sanitario riconosciuto e abilitato ed effettuate unicamente in *strutture sanitarie* autorizzate ivi compresi gli ambulatori medici.

VISITA SPECIALISTICA

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

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'assicurazione.

I riferimenti ad articoli di legge indicati nella presente Sezione e nel resto del testo contrattuale sono ri-chiamati per esteso nell'Appendice 3.

1. CHE OBBLIGHI HO IN QUALITÀ DI CONTRAENTE/ASSICURATO



ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il *contraente* o l'*assicurato* devono fornire dichiarazioni precise e veritiere in fase di stipulazione, in caso contrario le dichiarazioni inesatte o reticenti relative a elementi che influiscono sulla valutazione del rischio, queste possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, e la cessazione dell'*assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.



Esempio pratico di dichiarazioni inesatte e reticenti

Il *contraente* sottoscrive la polizza Indennitaria Italiana con Italiana Assicurazioni.

Al momento della stipulazione del contratto, il *contraente* dichiara di non essere affetto da alcolismo, nonostante sia consapevole del contrario, e paga regolarmente il *premio* pattuito.

Successivamente, a causa di un incidente stradale il *contraente/assicurato* subisce una *lesione*.

Nel corso degli accertamenti per il pagamento dell'*indennizzo*, emerge che il *contraente*, a differenza di quanto dichiarato al momento della sottoscrizione, era affetto da alcolismo.

Di conseguenza Italiana Assicurazioni:

- venuta a conoscenza che il *contraente* ha fornito dichiarazioni reticenti al momento della stipula dell'*assicurazione*;
 - tenuto conto che le dichiarazioni reticenti influiscono nella valutazione del rischio;
- trattiene il *premio* relativo al periodo di *assicurazione* in corso al momento del *sinistro* e non paga l'*indennizzo*.

ART. 1.2 CAMBIO DI RESIDENZA/DOMICILIO ALL'ESTERO

Il *contraente* deve comunicare a Italiana Assicurazioni il trasferimento della sua *residenza* o di quella degli *assicurati*, se in un paese estero, entro 30 giorni dal trasferimento.

Inoltre, il *contraente* deve informare Italiana Assicurazioni:

- se persona fisica del trasferimento del proprio domicilio o di quello degli *assicurati*;
- se persona giuridica del trasferimento della sede o stabilimento cui sono addette le persone *assicurate*.

Nel caso in cui il *contraente/assicurato* modifichi *residenza/domicilio* al di fuori dell'Italia, l'*assicurazione* cessa alla prima scadenza annuale, senza obbligo di comunicazione fra le *parti*.

ART. 1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *contraente* o l'*assicurato* deve comunicare a Italiana Assicurazioni l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di *sinistro* il *contraente* o l'*assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice civile.



Esempio pratico di applicazione dell'art. 1910 del Codice civile

Nel caso in cui ricorrano le seguenti condizioni:

- 1) l'*assicurato*, al momento della sottoscrizione di Indennitaria Italiana, è già assicurato con un'altra polizza presso una diversa compagnia per il medesimo rischio, per esempio rimborso spese mediche;
- 2) l'*assicurato* denuncia un *sinistro* a Italiana Assicurazioni senza aver mai dato notizia di avere un'altra copertura. Italiana Assicurazioni, riscontrato il difetto di comunicazione della presenza di altre assicurazioni, non procede a pagare l'*indennizzo*.

ART. 1.4 COME COMUNICARE CON ITALIANA ASSICURAZIONI

Il *contraente* per comunicare con Italiana Assicurazioni a deve inviare le comunicazioni ai seguenti indirizzi ad eccezione dei casi esplicitamente previsti:

- **raccomandata:** A/R: Italiana Assicurazioni S.p.A Via Marco Ulpio Traiano, 18, 20149 Milano;
- **PEC:** italiana@pec.italiana.it.

2. QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE



L'*assicurazione* è attiva dalle ore 24 del giorno:

- indicato nella *scheda di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati;
- di pagamento del *premio* se successiva a quella indicata in *scheda di polizza*.

In caso di mancato pagamento dei *premi* successivi al primo, le garanzie sono comunque attive fino alle ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'*assicurazione*. L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del *premio* oltre 3 mesi dalla scadenza, le carenze di cui agli artt. 8.2 e 11.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del *premio*.

ART. 2.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* può avere durata poliennale o annuale.

In entrambi i casi l'*assicurazione* cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nella *scheda di polizza*, senza necessità di disdetta.

È comunque possibile per il *contraente* recedere annualmente dall'*assicurazione* senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.



3. RECESSO

ART. 3.1 RECESSO PER POLIZZA POLIENNALE

In caso di *assicurazione* poliennale, il *contraente* ha facoltà di recedere annualmente dall'*assicurazione* senza oneri mediante comunicazione.

La comunicazione deve essere inviata attraverso i canali previsti, effettuata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

ART. 3.2 RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

Se l'*assicurazione* è venduta a distanza, il *contraente* può recedere entro 14 giorni dalla stipula dell'*assicurazione*.

La comunicazione di recesso deve contenere tutti i dettagli dell'*assicurazione* e il recesso è efficace dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata A.R o della PEC.

Italiana Assicurazioni rimborsa la parte di *premio* riferito al periodo in cui il *contraente* non ha usufruito della copertura, al netto delle imposte.

4. QUANDO E COME DEVO PAGARE



Il *premio* è sempre determinato per periodi di *assicurazione* di un anno ed è interamente dovuto dal *contraente*, anche se è stato concordato il frazionamento in più rate.

Il *premio* è determinato dall'età dell'*assicurato* al momento della stipulazione dell'*assicurazione* e rimane costante per l'intera durata.

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

5. DOVE VALE LA COPERTURA



L'*assicurazione* vale in tutto il mondo ad eccezione delle prestazioni della Sezione Assistenza che sono erogate solo in Italia.

6. ALTRE INFORMAZIONI

ART. 6.1 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sull'importo degli indennizzi si può procedere, su accordo tra le *parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione, secondo le seguenti modalità:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *parti*. 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. Due componenti del Collegio vengono designati dalle *parti* mentre il terzo componente viene designato su accordo dei primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.



Per organismi di mediazione si intendono gli organi accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

ART. 6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *residenza dell'assicurato*.

ART. 6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Italiana Assicurazioni rinuncia a dare corso all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice civile quando *l'infortunio subito dall'assicurato è imputabile a responsabilità di soggetti estranei alle parti (terzi)*.



Esempio pratico di Rinuncia alla rivalsa

L'assicurato nel corso di un incidente stradale subisce un infortunio.

La responsabilità del sinistro non è dell'assicurato, ma di un soggetto terzo.

L'assicurato riceve l'indennizzo da parte di Italiana Assicurazioni, e quest'ultima rinuncia al diritto di rivalersi sul terzo che ha causato il sinistro.

ART. 6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE INDENNITARIE

Italiana Assicurazioni assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sottoindicate solo se espressamente richiamate nella scheda di polizza.



7. CHE COSA È ASSICURATO

ART. 7.1 INDENNITÀ PER EVENTO

Se *l'assicurato* subisce un *ricovero* o una *lesione* in conseguenza di *infortunio* o *malattia*, Italiana Assicurazioni paga all'*assicurato* un *indennizzo*.

In caso di *lesione* che comporti un *ricovero* con almeno un pernottamento verrà pagato esclusivamente l'*indennizzo* per la *lesione*.

Gli eventi per il calcolo dell'*indennizzo* sono elencati nell'Appendice 1 e ad ognuno di essi è associata una percentuale della *somma assicurata*.

L'evento *ricovero* deve avere almeno un pernottamento ed essere conseguenza di *infortunio* o *malattia*. Restano esclusi *day hospital/day surgery*, interventi ambulatoriali e *ricoveri* per parto.

L'*indennizzo* è calcolato applicando alla *somma assicurata* indicata in *scheda di polizza* una percentuale in base all'evento subito, come indicato nell'Appendice 1.

La *somma assicurata* indicata in *scheda di polizza* vale per ogni *assicurato* e per anno.

Italiana Assicurazioni paga l'*indennizzo* solo per gli eventi espressamente elencati nell'Appendice 1, pertanto nessun *indennizzo* è pagato per gli eventi non presenti nell'Appendice 1.



Esempio pratico di calcolo dell'*indennizzo*

L'*assicurato* sottoscrive Indennitaria Italiana scegliendo come *Somma Assicurata* 50.000 euro.

A seguito di *infortunio* l'*assicurato* subisce una lussazione alla caviglia destra, di cui si ha evidenza tramite una lastra.

Alla *lesione* è associata una percentuale della *somma assicurata* del 5% come indicato nell'Appendice 1.

Italiana Assicurazioni paga all'*assicurato* un *indennizzo* così calcolato: 5% di 50.000= 2.500 euro.

ART. 7.2 LIMITI ALL'INDENNIZZO

L'indennizzo è ridotto del 50% nei casi in cui il *ricovero* o la *lesione* siano conseguenza diretta di *infortunio* occorso nei seguenti casi:

- durante lo svolgimento dell'attività professionale, nelle seguenti circostanze:
 - custodia o trasporto di esplosivi o materie tossiche;
 - lavoro su impalcature, ponti, tetti, in pozzi e gallerie;
- durante la pratica da dilettante, di alpinismo o sci alpinismo senza accompagnamento di guida o portatore patentato, atletica pesante, equitazione, bob, immersioni con autorespiratore, lotta nelle varie forme, pugilato, salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiacciaio fuori pista senza accompagnamento di guida / portatore / maestro di sci patentato, slittino (skeleton);
- durante la partecipazione da dilettante, a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentathlon moderno, rugby, sci a livello regionale, o livello superiore, organizzate da sci club, sport su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.
- durante la pratica dei seguenti sport: kitesurf, idroscì, rafting, canoa o hydrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili; di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping attività simili;

ART. 7.3 SERVIZI NON ASSICURATIVI

ART. 7.3.1 ACCESSO AL NETWORK

A OGGETTO

Italiana Assicurazioni offre all'*assicurato* e ai membri del suo nucleo familiare anche se non *assicurati* la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbiano necessità tramite la *piattaforma online dedicata*:

- prestazioni mediche rese dal network di centri convenzionati;
- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati.

Inoltre, Italiana Assicurazioni offre agli *assicurati* e ai membri del suo nucleo familiare anche se non *assicurati* la possibilità di usufruire di tariffe agevolate:

- presso il network di palestre, centri benessere e centri bellezza, facenti parte del circuito "Hello Fitness" di Akuero S.r.l.;
- presso il network di ottici facenti parte del circuito Salmoiraghi e Viganò.

B DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'*assicurato* ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe convenzionate:

- per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di *Blue Assistance*;
- per le prestazioni fitness e di ottica rese da fornitori terzi.

Resta inteso che:

- a) le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- b) 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;
- c) 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.

ART. 7.3.2 VIDEOCONSULTI SPECIALISTICI

Italiana Assicurazioni offre, per ogni annualità, all'*assicurato* e ai membri del suo nucleo familiare anche se non *assicurati* la fruizione di 5 videoconsulti specialistici a sua scelta tra quelli disponibili sulla *piattaforma online dedicata*.

ART. 7.3.3 PRESTAZIONI MEDICHE A DOMICILIO A TARIFFE AGEVOLATE

Italiana Assicurazioni offre all'*assicurato* e ai membri del suo nucleo familiare anche se non *assicurati* la possibilità di richiedere attraverso la *piattaforma online dedicata* l'intervento di un medico o di un pediatra a domicilio, a tariffe agevolate.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO



ART. 8.1 ESCLUSIONI

NON ASSICURABILITÀ

Italiana Assicurazioni non assicura:

- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate;
- persone che abbiano un'età superiore a 60 anni al momento della stipulazione dell'*assicurazione*, salvo patto speciale.

CESSAZIONE ASSICURAZIONE

Italiana Assicurazioni fa cessare l'*assicurazione* per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio*, al netto dell'imposta, verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

NON INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni non indennizza i *ricoveri* o le *lesioni* per:

- A *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; derivanti dalla pratica della speleologia; subiti dall'*assicurato* in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere; subiti dall'*assicurato* in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società avvenuti durante lo svolgimento di attività sportiva professionale dell'*assicurato*;
- B *infortuni* derivanti da guida di veicoli 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;
- C *infortuni* o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D conseguenze di:
 - infortuni accaduti prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'*assicurazione*;

- E *malformazioni* o *difetti* fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- G sieropositività da virus H.I.V.;
- H 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 e tumulti popolari;
 - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed allagamenti verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

Sono inoltre esclusi i seguenti *ricoveri*:

- I per parto e puerperio;
- L per infertilità, sterilità, impotenza
- M per aborto volontario non terapeutico;
- N 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);
- O degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- P per 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;
- Q per interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- R per paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- Le esclusioni non valgono per i Servizi non assicurativi di cui all'art. 7.3.

ART. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all' art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 8.1, le garanzie decorrono dalle ore 24:

- A del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
- B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* della gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*).
- C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le altre *malattie*.

Italiana Assicurazioni non paga l'indennizzo per lesioni o ricoveri che si verificano all'interno di uno dei periodi di tempo indicati in questo articolo. Italiana Assicurazioni non paga inoltre nel caso in cui le prestazioni a loro connesse sono effettuate oltre i termini previsti.

Nel caso in cui l'assicurazione è emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di un'altra assicurazione, con Italiana Assicurazioni, che protegge gli stessi assicurati, i termini indicati operano solo per le maggiori *somme assicurate* e per le diverse garanzie prestate.



9. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 9.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni paga all'*assicurato* una somma determinata con le modalità previste all'art. 7.1.

Di seguito sono elencati i casi con specifici criteri di indennizzabilità:

- per le fratture ossee, queste devono essere diagnosticate entro 15 giorni dall'*infortunio* e certificate da *cartella clinica* o da documento equivalente rilasciato da *struttura sanitaria* o da medico specialista.
- per le lussazioni, invece, queste devono essere certificate da un esame radiografico effettuato prima del riposizionamento dell'articolazione (anche definita riduzione). La riduzione della lussazione deve essere effettuata presso una struttura sanitaria. Italiana Assicurazioni non paga l'*indennizzo* in caso di recidive, cioè lussazioni successive alla prima che colpiscono la medesima articolazione.
- per le ustioni, la quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita avviene in base a quanto indicato nella *cartella clinica* o da documento equivalente rilasciato da *struttura sanitaria* o da medico specialista.
- in caso di paralisi strumentalmente accertata da *cartella clinica* rilasciata dalla *struttura sanitaria*, determinata da una frattura vertebrale, l'importo dell'*indennizzo* è calcolato sommando gli importi previsti in caso di paralisi e di frattura.
- In caso di *infortunio* che provoca una o più *lesioni* tra quelle riportate nell'Appendice 1 e un immediato stato di coma, sono liquidati gli indennizzi per le lesioni, trascorsi trenta giorni dalla denuncia del sinistro l'*indennizzo* restante fino all'intero capitale assicurato, entro il limite della *somma assicurata*, se lo stato di coma si protrae per oltre sei mesi.

ART. 9.2 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.

ART. 9.3 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

L'*assicurazione* è operante per i *sinistri* accaduti nel periodo di validità dell'*assicurazione* a condizione che la *malattia* o l'*infortunio* che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.

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 Italiana Assicurazioni.

ART. 9.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Italiana Assicurazioni o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

Si specifica che le spese per i certificati medici e di ogni altra documentazione richiesta restano a carico dell'*assicurato*.

ART. 9.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

L'*assicurato* deve accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it o dall'APP Italiana Assicurazioni Mobile per creare una richiesta di rimborso, allegando la documentazione sotto riportata che viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Italiana Assicurazioni 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; la trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

In alternativa l'*assicurato* deve dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* all'Agenzia alla quale è assegnata l'*assicurazione*.

L'*assicurato* deve trasmettere quanto segue:

- in caso di *ricovero* copia della *cartella clinica* completa;
- in assenza di *ricovero* documentazione equivalente alla *cartella clinica* che attesti la *lesione*;
- in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento.

L'*assicurato* deve provvedere direttamente al pagamento degli importi dovuti per le prestazioni ricevute.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede alla liquidazione del *sinistro* entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

SEZIONE MALATTIE

Italiana Assicurazioni assicura le persone indicate nella scheda *di polizza* e presta le garanzie sottoindicate solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.



10. CHE COSA È ASSICURATO

ART. 10.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE (*visite specialistiche e accertamenti diagnostici*)

Italiana Assicurazioni paga o rimborsa in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e di *medici chirurghi convenzionati* il 90% delle spese sostenute dall'*assicurato* per:

- analisi cliniche rese necessarie da *malattia* o *infortunio* purché prescritte dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico*;
- *accertamenti diagnostici*, diversi da analisi cliniche, resi necessari da *malattia* o *infortunio* purché prescritti dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico*;
- *trattamenti di fisioterapia* resi necessari da *infortunio* purché prescritti dal medico o specialista curante o successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico*;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio* o precedenti e successive ad un *ricovero*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico eseguiti nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*;
- cure termali praticate nei 120 giorni successivi al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, con esclusione delle spese alberghiere;

L'elenco delle *strutture sanitarie* e dei *medici chirurghi convenzionati* è consultabile sul sito internet www.italiana.it o sull'APP Italiana Assicurazioni Mobile.



Esempio di pagamento delle spese per *trattamenti di fisioterapia* effettuati presso *Struttura Sanitaria convenzionata*:

Importo delle spese fatturate è € 600

- Scoperto 10%, è € 600*10% = € 60 (importo che rimane a carico dell'assicurato)
- Importo che rimane a carico di Italiana Assicurazioni è € 600 - € 60 = € 540

Italiana Assicurazioni rimborsa in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* non convenzionate il 70% delle spese sostenute dall'*assicurato* per:

- analisi cliniche rese necessarie da *malattia* o *infortunio* purché prescritte dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* con il massimo di € 150 per persona e per anno assicurativo;

- *accertamenti diagnostici*, diversi da analisi cliniche, resi necessari da *malattia* o *infortunio* purché prescritti dal medico curante o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* entro i limiti previsti dalla guida al rimborso riportata nell'Appendice 2;
- *trattamenti di fisioterapia* resi necessari da *infortunio* purché prescritti dal medico o specialista curante o successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* entro i limiti previsti dalla guida al rimborso riportata nell'Appendice 2;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio* o precedenti e successive ad un *ricovero* o ad un *intervento chirurgico* con il massimo di € 100 per visita specialistica o ad un *intervento chirurgico*.
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico eseguiti nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia* con il limite di €100 per singolo trattamento e con un massimo di 400€ per persona per anno assicurativo;
- cure termali praticate nei 120 giorni successivi al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia* con il limite di €250 per persona e per anno assicurativo, con esclusione delle spese alberghiere;



Esempio di rimborso delle spese per Ecocardiogramma effettuato presso *Struttura Sanitaria non convenzionata*:

In caso di utilizzo di struttura sanitaria non convenzionata è previsto l'utilizzo della Guida al rimborso (vedi Appendice 2).

L'Ecocardiogramma doppler da Guida al rimborso prevede un limite di € 255:

- se la prestazione sanitaria in una determinata struttura sanitaria non convenzionata ha un costo di € 250, Italiana Assicurazioni rimborsa all'assicurato il 70% della spesa, pari a € 175, lasciando a suo carico il 30% della spesa (pari a €75);
- se la prestazione sanitaria in un'altra struttura sanitaria non convenzionata ha un costo € 400, poiché il 70% della spesa è pari a € 280, entra in gioco il limite di *indennizzo*, pertanto Italiana Assicurazioni rimborsa all'assicurato fino al massimo previsto di 255€, lasciando a suo carico €145. (pari a €400-€255).

Si specifica che per le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate è previsto un *indennizzo* a forfait pari a € 200.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Italiana Assicurazioni rimborsa integralmente i costi del ticket.

Sono escluse le prestazioni effettuate durante un *ricovero*, le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.



Esempio di visita esclusa:

L'*assicurata* effettua una mammografia ed una visita ginecologica presso *Struttura Sanitaria non convenzionata*. Successivamente all'erogazione delle prestazioni, richiede il rimborso tramite l'area riservata di www.italiana.it. Italiana Assicurazioni chiederà il dettaglio dei costi delle due prestazioni eseguite, data l'esclusione per le visite ginecologiche, e rimborserà esclusivamente il 70% dell'importo relativo la mammografia con i limiti indicati nell'Appendice 2.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza della *somma assicurata* di €5.000 per persona e per anno assicurativo.

11. CHE COSA NON È ASSICURATO



ART. 11.1 ESCLUSIONI

NON ASSICURABILITÀ

Italiana Assicurazioni non assicura:

- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate;
- persone che abbiano un'età superiore a 60 anni al momento della stipulazione dell'assicurazione, salvo patto speciale.

CESSAZIONE ASSICURAZIONE

Italiana Assicurazioni fa cessare l'assicurazione per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio*, al netto dell'imposta, verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

NON INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni non presta le garanzie previste per:

- A *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;
- B *infortuni* derivanti da guida di veicoli 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;
- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- E *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- F i *ricoveri* per parto e puerperio;
- G aborto volontario non terapeutico;
- H patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze; Tale esclusione non opera per la garanzia Videoconsulti specialistici di cui all'art. 10.2.
- I 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;
- J check-up di medicina preventiva;
- K *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- L paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- M infertilità, sterilità, impotenza;
- N sieropositività da virus H.I.V.;
- O conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- guerre, insurrezioni in genere;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;

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

Q degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;

R prestazioni effettuate durante un ricovero, visite pediatriche, ginecologiche e visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici

ART. 11.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all' art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 8.1, le garanzie decorrono dalle ore 24:

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

B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie della gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

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

Italiana Assicurazioni non paga l'indennizzo per ricoveri, interventi chirurgici o altre prestazioni sanitarie previste dall'assicurazione che verificano all'interno di uno dei periodi di tempo indicati in questo articolo. Italiana Assicurazioni non paga inoltre nel caso in cui le prestazioni a loro connesse effettuate oltre i termini previsti.

Nel caso in cui l'assicurazione è emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di un'altra assicurazione con Italiana Assicurazione che protegge gli stessi assicurati, i termini indicati operano solo per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate.



Esempio di funzionamento della carenza

Per "carenza" si intende un periodo iniziale in cui l'assicurazione non è operante.

Se il contraente ha stipulato l'assicurazione con decorrenza 04/11/2023, il suo periodo di carenza, per tutto ciò che non concerne infortuni o malattie della gravidanza, termina 30 giorni dopo, in questo caso il 04/12/2023.

Se il 15/01/2024 il contraente chiede il rimborso di una visita specialistica effettuata il 29/11/2023, il rimborso non sarà effettuato perché la visita specialistica è avvenuta prima della fine del periodo di carenza, quando la garanzia non era attiva, cioè prima del 04/12.

Questo vale a prescindere dalla data in cui viene effettuata la richiesta del rimborso.



12. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Blue Assistance

- ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11
- esclusivamente per l'indicazione delle *strutture sanitarie convenzionate* risponde ai numeri telefonici:

Dall'Italia

Dall'estero



+39 011 742 55 99

ART. 12.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 11.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

L'*assicurazione* è operante per i *sinistri* occorsi nel periodo di validità dell'*assicurazione* a condizione che la *malattia* o l'*infortunio* che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.

Qualora l'*assicurazione* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Italiana Assicurazioni.

ART. 12.2 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.

ART. 12.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Italiana Assicurazioni o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato;
- presentare la propria *Card Salute* o, in alternativa, il voucher reperibile sulla *piattaforma online dedicata* in caso di utilizzo di *struttura sanitaria convenzionata* per accedere alle tariffe agevolate.
- verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata.

Si specifica che le spese per i certificati medici e di ogni altra documentazione richiesta restano a carico dell'*assicurato*.

Nel caso in cui per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'assicurato deve dare avviso del sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance delega Italiana Assicurazioni a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dall'assicurazione.

Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Italiana Assicurazioni.

ART. 12.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

In caso di ricorso ad una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, per usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute, l'assicurato deve accedere all'APP italiana Assicurazioni Mobile, scegliere la polizza per la quale vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua polizza.

In alternativa l'assicurato deve dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

In mancanza della modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B del presente articolo.

L'elenco delle strutture sanitarie è consultabile sul sito www.italiana.it o sull'APP Italiana Assicurazioni Mobile.

L'assicurato deve produrre la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e fornire ogni altra informazione o documentazione richiesta da Italiana Assicurazioni.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, Italiana Assicurazioni provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto di eventuali scoperti o franchigie, a carico dell'assicurato (che devono essere versati direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'assicurato da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti in polizza.

Resta convenuto che, nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da Blue Assistance.

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

L'assicurato che utilizzi:

- a. strutture sanitarie non convenzionate, oppure
- b. strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute. Per chiedere il rimborso deve accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it o dall'APP Italiana Assicurazioni Mobile per creare una richiesta di rimborso, allegando la documentazione sotto riportata che viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Italiana Assicurazioni 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; la trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

In alternativa l'assicurato deve dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

La documentazione da produrre è la seguente:

- in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento;
- prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici;

Si specifica che, per le analisi cliniche dovranno essere raccolte tutte le fatture delle prestazioni eseguite nel corso del medesimo anno assicurativo e presentate in unica soluzione.

L'assicurato deve provvedere direttamente al pagamento degli importi dovuti per le prestazioni ricevute.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede alla liquidazione del sinistro entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

C TRATTAMENTI MEDICI E CURE TERMALI

Le spese riferite ai trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico e alle cure termali di cui all'art 10.1 non vengono pagate direttamente da Blue Assistance ma rimborsate all'assicurato con le regole e i limiti previsti dalla garanzia.

Per la garanzia "Rimborso spese mediche" il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

SEZIONE ASSISTENZA



13. CHE COSA È ASSICURATO

ART. 13.1 ASSISTENZA – PRESTAZIONI A DOMICILIO

Le seguenti prestazioni sono erogabili presso la *residenza* o il domicilio abituale *dell'assicurato* in Italia. Le prestazioni sono attivabili dagli *assicurati* presenti dall'*assicurazione*.

A INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

Se *l'assicurato* richiede 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*, se i propri medici lo valutano necessario, provvede ad inviare un medico presso la *residenza*.

Nell'eventualità in cui nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* è immediatamente disponibile, 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.

B ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora *l'assicurato*, a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* di durata non inferiore a 5 giorni, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 10 uscite presso la *residenza*;
- un operatore sociosanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 60 ore presso la *residenza*, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti *l'assicurato* e la sua famiglia nella comunicazione;
- una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, per un massimo di 6 settimane presso la *residenza*, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'Assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione *dell'assicurazione*, se attivata a seguito di *malattia*.

Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della *cartella clinica* o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

C 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 Italiana Assicurazioni. A carico dell'*assicurato* resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

D INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'*assicurato*, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui abbia subito un *intervento chirurgico* a seguito di *infortunio* richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di €350 per *sinistro*.

14. CHE COSA NON È ASSICURATO



ART. 14.1 ESCLUSIONI

NON ASSICURABILITÀ

Italiana Assicurazioni non assicura;

- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate;
- persone che abbiano un'età superiore a 60 anni al momento della stipulazione dell'*assicurazione*, salvo patto speciale.

CESSAZIONE ASSICURAZIONE

Italiana Assicurazioni fa cessare l'*assicurazione* per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio*, al netto dell'imposta, verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

NON INDENNIZZABILITÀ

Italiana Assicurazioni non eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti nell'*assicurazione* per :

- a) i *ricoveri* avvenuti anteriormente all'effetto dell'*assicurazione*;
- b) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- c) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione;
- d) le conseguenze dirette ed indirette di eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- e) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'*assicurato*;
- f) le conseguenze di atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- h) i *ricoveri* per stati vegetativi, *ricoveri* per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'*assicurato* che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in *struttura sanitaria* per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- j) le cure correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.



15. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'art. 13 l'*assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24 tutti giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

Dall'Italia

Dall'estero

Numero Verde
800-042042

+39 011 742 55 99

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

L'*assicurato* deve comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di polizza;
- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

Se l'*assicurato* non contatta per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Italiana Assicurazioni non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa*.

ART. 15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

- fornire ogni informazione richiesta;
- sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- produrre, se richiesto dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Se l'*assicurato* non contatta per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Italiana Assicurazioni non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa*.

Nel caso in cui l'*assicurato* venga autorizzato ad anticipare il costo delle prestazioni garantite in polizza, dovrà inoltrare alla *Centrale Operativa*, entro 30 giorni dalla data dell'evento:

- giustificativi di spesa, in originale;
- descrizione dell'evento occorso;
- documentazione attestante l'evento, in originale.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla *Centrale Operativa* superino i *massimali* previsti o prevedano dei casti a carico dell'*assicurato*, quest'ultimo deve concordare con la *Centrale Operativa* sufficienti salvaguardie di rimborso.

ART. 15.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Italiana Assicurazioni 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.

Italiana Assicurazioni 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.

ART. 15.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Italiana Assicurazioni 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 – ELENCO DELLE LESIONI

DESCRIZIONE EVENTO	PERCENTUALE SOMMA ASSICURATA
RICOVERO CON ALMENO UN PERNOTTAMENTO	0,5%
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA COMPOSTA DEL MASSICCIO FACCIALE	1%
FRATTURA SCOMPOSTA DEL MASSICCIO FACCIALE	1%
FRATTURA CRANICA (VOLTA E BASE) SENZA LESIONI CEREBRALI	1%
ESITI DI CRANIOTOMIA	5%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON LESIONE CEREBRALE	5%
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA CERVICALE (per ogni vertebra)	5%
FRATTURA CORPO I - II VERTEBRA CERVICALE	15%
TRATTO DORSALE	
FRATTURA CORPO DALLA I ALLA XI VERTEBRA DORSALE (per ogni vertebra)	5%
FRATTURA CORPO XII VERTEBRA DORSALE	5%
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO VERTEBRA LOMBARE	5%
OSSO SACRO	
FRATTURA OSSO SACRO	1%
COCCIGE	
FRATTURA COCCIGE	1%
GABBIA TORACICA	
FRATTURA DI 2 O + COSTE	1%
FRATTURA DI UNA COSTA	1%
FRATTURA DELLO STERNO	1%
BACINO	
FRATTURA ACETABOLARE COMPOSTA	1%
FRATTURA ACETABOLARE SCOMPOSTA	5%
FRATTURA ALI ILIACHE, BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA E OSSA PUBICHE	1%
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
CLAVICOLA E SCAPOLA	
FRATTURA CLAVICOLA	1%
FRATTURA SCAPOLA	1%
BRACCIO	
FRATTURA TESTA OMERO	5%
FRATTURA OMERO	1%
FRATTURA GOMITO COMPOSTA	1%
FRATTURA GOMITO SCOMPOSTA	5%
FRATTURA DEL TROCHITE OMERALE	1%

DESCRIZIONE EVENTO	PERCENTUALE SOMMA ASSICURATA
AVAMBRACCIO	
FRATTURA RADIO	1%
FRATTURA ULNA	1%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	5%
POLSO E MANO	
FRATTURA OSSA CARPALI	1%
FRATTURA DI UN OSSO METACARPALE	1%
DITA DELLA MANO	
FRATTURA POLLICE	1%
FRATTURA DI UNA FALANGE DI DITA DELLA MANO (DIVERSE DAL POLLICE)	1%
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FEMORE E ROTULA	
FRATTURA FEMORE	1%
FRATTURA FEMORE (CON PROTESI D'ANCA)	15%
FRATTURA ROTULA	1%
FRATTURA ROTULA CON PATELLECTOMIA	15%
FRATTURA DEL GRANDE TROCANTERE	1%
TIBIA E PERONE	
FRATTURA TIBIA	1%
FRATTURA PERONE	1%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	1%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	5%
CAVIGLIA E PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	5%
FRATTURA CALCAGNO	5%
FRATTURA DI OGNI ALTRO OSSO TARSALE	1%
METATARSO	
FRATTURA DI UN OSSO METATARSALE	1%
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE	1%
FRATTURA DI UNA QUALSIASI FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE (ESCLUSO L'ALLUCE)	1%
LESIONI PARTICOLARI	
VISCERALI	
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	5%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15%
EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	15%
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà)	15%
GASTRECTOMIA TOTALE	100%
RESEZIONE PARZIALE DEL TENUE	5%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITÀ DEL RETTO	15%

DESCRIZIONE EVENTO	PERCENTUALE SOMMA ASSICURATA
COLECTOMIA TOTALE	50%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRAETERNATURALE	100%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (CODA E PARZIALMENTE DEL CORPO)	100%
LOBECTOMIA POLMONARE (per singolo lobo)	5%
PNEUMECTOMIA	50%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15%
PROTESI SU AORTA TORACICA	15%
APPARATO SENSITIVO E FISIOGNOMICO	
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	50%
PERDITA MONOLATERALE DEL VISUS (oltre 9 decimi con correzione)	15%
CECITÀ COMPLETA	100%
SORDITÀ COMPLETA UNILATERALE (non protesizzabile)	15%
SORDITÀ COMPLETA BILATERALE (protesizzabile)	5%
SORDITÀ COMPLETA BILATERALE (non protesizzabile)	50%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	5%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	100%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	50%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	15%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	15%
PERDITA ANATOMICA DELL'UTERO	5%
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE-LEGAMENTOSE	
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
ROTTURA TENDINE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1%
LESIONE DEL TENDINE SOVRASPINATO (se trattata chirurgicamente)	
ROTTURA DEI TENDINI E/O DEI LEGAMENTI DELLE SINGOLE DITA (trattata chirurgicamente)	1%
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
ROTTURA TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente)	5%
ROTTURA TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	5%
ROTTURA LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE (trattata chirurgicamente)	5%
ROTTURA LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	1%
LESIONI MENISCALI (trattate chirurgicamente)	1%
ROTTURA TENDINE DI ACHILLE (trattata chirurgicamente)	5%
ROTTURA LEGAMENTI DELLA CAVIGLIA (trattata chirurgicamente)	1%
LUSSAZIONI	
COLONNA VERTEBRALE	
LUSSAZIONE ATLO/OCCIPITALE (TRA OCCIPITE II E SECONDA VERTEBRA CERVICALE) (evidenziata radiologicamente)	1%

DESCRIZIONE EVENTO	PERCENTUALE SOMMA ASSICURATA
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	1%
LUSSAZIONE SPALLA (evidenziata radiologicamente)	5%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	5%
LUSSAZIONE POLSO (evidenziata radiologicamente)	5%
LUSSAZIONE POLLICE (evidenziata radiologicamente)	1%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (evidenziata radiologicamente)	1%
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
LUSSAZIONE ANCA (evidenziata radiologicamente)	5%
LUSSAZIONE CAVIGLIA (evidenziata radiologicamente)	5%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA DELL'ALLUCE (evidenziata radiologicamente)	1%
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE ALTRE DITA DELLA MANO (ESCLUSO POLLICE)	1%
AMPUTAZIONE DI 2 O + FALANGI DI DITA DELLA MANO (ESCLUSO POLLICE)	5%
AMPUTAZIONE TOTALE DI UN ALTRO DITO DELLA MANO DIVERSO DAL POLLICE	5%
AMPUTAZIONE FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	5%
AMPUTAZIONE TOTALE DEL POLLICE	15%
AMPUTAZIONE TOTALE DEL POLLICE + 2 O + DITA DELLA MANO	50%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	100%
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE ALL'AVAMBRACCIO	100%
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE AL TERZO PROSSIMALE	100%
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	1%
AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE ESCLUSO ALLUCE	1%
AMPUTAZIONE DELL'ALLUCE	5%
AMPUTAZIONE DI UN PIEDE (dalla linea metatarsale)	50%
AMPUTAZIONE ARTO INFERIORE SOTTO IL GINOCCHIO	50%
AMPUTAZIONE ARTO INFERIORE SOPRA IL GINOCCHIO	100%
AMPUTAZIONE DELL'ARTO INFERIORE AL TERZO PROSSIMALE	100%
AMPUTAZIONE DI ENTRAMBI I PIEDI	100%
LESIONI SISTEMA NERVOSO (permanenti - stabilizzati)	
SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	
CAPO	
PARALISI DEL III NERVO CRANICO	5%
PARALISI COMPLETA NERVO CRANICO DIVERSO DAL III (non cumulabili tra loro)	1%
ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	100%
PARALISI NERVO ASCELLARE	15%
PARALISI NERVO RADIALE (non cumulabile)	15%
PARALISI NERVO MEDIANO (non cumulabile)	15%
PARALISI NERVO ULNARE (non cumulabile)	15%

DESCRIZIONE EVENTO	PERCENTUALE SOMMA ASSICURATA
ARTO INFERIORE	
PARALISI NERVO FEMORALE	50%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	50%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	15%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	5%
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
AFASIA	100%
LESIONI MIDOLLO SPINALE	
MONOPARESI DELL'ARTO SUPERIORE	100%
MONOPARESI DELL'ARTO INFERIORE	50%
EMIPARESI	50%
PARAPARESI ARTI INFERIORI SENZA PERDITA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	50%
PARAPARESI DEGLI ARTI INFERIORI CON PERDITA DELLA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	100%
TETRAPARESI 6	100%
USTIONI DAL 2° GRADO	
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE AL CORPO, DAL 9% AL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	5%
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE AL CORPO, ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	15%
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE, DAL 5% AL 25% DEL VOLTO	15%
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE AL VOLTO OLTRE IL 25%	50%

Le lesioni non presenti nella presente Tabella non danno luogo ad indennizzo.

APPENDICE 2 - GUIDA AL RIMBORSO

Nel caso in cui l'*assicurato* effettui una prestazione non specificatamente indicata nella presente guida al rimborso, l'attribuzione della prestazione per la quale è richiesto il rimborso sarà stabilita con criterio analogico - secondo giudizio medico di *Blue Assistance* - con riferimento alla più simile tra le prestazioni elencate.

La presenza di una determinata prestazione nella presente guida al rimborso non garantisce automaticamente la sua indennizzabilità, per la quale occorre fare riferimento alle restanti condizioni di assicurazione.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	pag. 38
Cardiologia	pag. 38
Diagnostica per immagini	pag. 38
– Angiografia	pag. 38
– Ecografia	pag. 39
– Mineralometria - Densitometria ossea	pag. 39
– Radiologia tradizionale	pag. 39
– Risonanza Magnetica Nucleare	pag. 42
– Tomografia Assiale Computerizzata	pag. 42
Diagnostica vascolare	pag. 43
– Ultrasonografia doppler - Ecodoppler - Ecocolordoppler	pag. 43
Medicina Nucleare (scintigrafia)	pag. 44
– Apparato circolatorio	pag. 44
– Apparato digerente	pag. 44
– Apparato emopoietico	pag. 44
– Apparato osteo-articolare	pag. 44
– Apparato respiratorio	pag. 44
– Apparato urinario	pag. 44
– Fegato, vie biliari e milza	pag. 45
– Sistema nervoso centrale	pag. 45
– Tiroide e paratiroide	pag. 45
– Altri organi	pag. 45
Neurologia	pag. 45
Oculistica	pag. 46
Otorinolaringoiatria	pag. 47
Pneumologia	pag. 47
Allergologia	pag. 48
Esami cito/istologici/immunoistochimici	pag. 48
Prelievi	pag. 48
FISIOKINESITERAPIA	pag. 49

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	
CARDIOLOGIA	
cardiotocografia	30,00
e.c.g. di base	27,00
e.c.g. di base e dopo sforzo (test di master)	66,00
e.c.g. di base e dopo sforzo treadmill	66,00
e.c.g. dinamico secondo holter (24 h)	90,00
e.c.g. domiciliare	47,00
monitoraggio della pressione arteriosa dinamico continuo (24 h)	90,00
studio elettrofisiologico transesofageo diagnostico o terapeutico	300,00
test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) compreso onorario professionale	90,00
test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) con determinazione consumo di O2 compreso onorario professionale	110,00
tilt test	150,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
angiografia	
angiografia carotidea o vertebrale intracranio	800,00
angiografia midollare (1 distretto)	520,00
angiografia midollare (2 distretti)	730,00
angiografia midollare (3 distretti o completa)	830,00
arteriografia aorta addominale o aorta toracica	850,00
arteriografia aorta addominale + arteriografia selettiva	1.100,00
arteriografia aorta addominale + iliaca ed arti inferiori	1.100,00
arteriografia arco aortico e vasi epiaortici	770,00
arteriografia arco aortico, vasi epiaortici e aorta toracica (compresi arti superiori)	930,00
arteriografia arto inferiore monolaterale (unico esame)	500,00
arteriografia iliaca e arterie femorali compresi arti inferiori	850,00
arteriografia polmonare	620,00
arteriografia polmonare e cavografia	630,00
arteriografia total body dell'aorta (distretto sopraortico-toracico-addominale)	1.300,00
cavografia inferiore o superiore	630,00
controllo tips	380,00
flebografia arti superiori e cavografia	630,00
flebografia arti superiori o inferiori	360,00
flebografia dell'orbita	260,00
flebografia di un arto	260,00
flebografia ovarica monolaterale	300,00
flebografia ovarica bilaterale	515,00
flebografia spermatica monolaterale	515,00
flebografia spermatica bilaterale	620,00
flebografia spinale	430,00
linfografia	300,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
panangiografia cerebrale	1.700,00
ecografia	
ecografia addominale inferiore-pelvi (esame completo)	65,00
ecografia addominale superiore (esame completo)	75,00
ecografia addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)	90,00
ecografia ciclo ovarico (fino ad 8 esami)	230,00
ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo	255,00
ecocardiogramma m mode 2d	76,00
ecocardiocolordoppler fetale	115,00
ecocardiogramma m mode 2d doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	120,00
ecocardiogramma m mode 2d e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	100,00
ecografia endobronchiale	670,00
ecografia in gravidanza per patologia materna	90,00
ecografia fegato e vie biliari - ghiandole salivari bilaterali - grossi vasi - intestinale - linfonodi mono/bilaterali - mammaria monolaterale o bilaterale - mediastinica o emitoracica - milza - muscolare, tendinea o articolare - oculare e orbitaria- pancreatica - parti molli - pelvica (utero, annessi e vescica) - peniena -prostatica e vescicale, sovrapubica - renale e surrenale bilaterale - testicolare (bilaterale) - tiroidea e paratiroidea - vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)	55,00
isterosonosalpingografia o sonosalpingografia (compreso mezzo di contrasto)	120,00
ecografia prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale	80,00
ecografia renale, surrenale bilaterale e vescica	62,00
ecografia scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto	77,00
ecografia transesofagea per gastroenterologia	150,00
ecografia transfontanellare encefalica	100,00
ecografia transvaginale con eventuale colordoppler	65,00
ecografia vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale	100,00
mineralometria - densitometria ossea	
densitometria lombare con t.c. compresa eventuale morfometria	70,00
densitometria total body compresa eventuale morfometria	70,00
mineralometria ossea computerizzata (un segmento) compresa eventuale morfometria	52,00
mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body) compresa eventuale morfometria	75,00
radiologia tradizionale	
rx addome: esame diretto	38,00
rx apparato genitale femminile, esame diretto	38,00
rx apparato genitale maschile, esame diretto	42,00
rx apparato urinario, esame diretto	38,00
rx arti ed articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca	36,00
rx arti ed articolazioni: polso, mano, caviglia, piede, dita	30,00
rx arti inferiori sotto carico con bacino	82,00
rx articolazione temporo-mandibolare, esame diretto	34,00
rx artrografia	130,00
rx artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale	90,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
rx artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)	125,00
rx bacino	36,00
rx broncografia, monolaterale o bilaterale	170,00
rx cavernosografia	120,00
rx cavernosografia con manometria	180,00
rx cistografia	90,00
rx cistografia con doppio contrasto	110,00
rx cistouretrografia minzionale	135,00
rx clavicola	36,00
rx clisma opaco con doppio contrasto	134,00
rx colangiografia attraverso tubo di kehr o post operatoria	70,00
rx colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)	120,00
rx colangiografia percutanea	290,00
rx colangiografia retrograda	187,00
rx colangiopancreatografia diagnostica (ercp - endoscopic retrograde cholangiopancreatography)	420,00
rx colecistografia per os con o senza prova di bronner	70,00
rx colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)	40,00
rx colonna vertebrale completa	80,00
rx colonna vertebrale completa più bacino sotto carico	90,00
rx colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)	36,00
rx colpo-cisto-defecografia	150,00
rx corpi estranei, localizzazione	36,00
rx cranio e/o seni paranasali	45,00
rx dacriocistografia	120,00
rx defecografia	125,00
rx derivazioni liquorali, controllo radiologico	26,00
rx determinazione diametri pelvici	36,00
rx emimandibola	30,00
rx esame radiologico a domicilio del paziente (oltre l'esame)	110,00
rx esofago con contrasto opaco	60,00
rx esofago con doppio contrasto	70,00
rx età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.)	24,00
rx faringe: esame diretto	30,00
rx faringografia opaca	80,00
rx fistolografia	120,00
rx forami ottici	38,00
rx galattografia	120,00
rx ghiandole salivari, esame diretto	38,00
rx ginocchio sotto carico	36,00
rx isterosalpingografia (compreso esame diretto)	150,00
rx laringe, esame diretto	33,00
rx laringografia opaca	90,00
rx mammografia monolaterale	58,00
rx mammografia bilaterale	78,00
rx mastoide	40,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
rx mielografia cervicale o dorsale	220,00
rx orbita, esame diretto	36,00
rx ossa nasali, esame diretto	36,00
rx piedi sotto carico	42,00
rx pielografia retrograda monolaterale	120,00
rx pielografia retrograda bilaterale	150,00
rx pielografia transpielostomica	75,00
rx pielouretrografia percutanea	200,00
rx pneumocistografia mammaria	90,00
rx radicolografia	180,00
rx regione vescicale, esame diretto	38,00
rx rocche petrose	36,00
rx rotula	30,00
rx rotula assiali a 30°, 60°, 90°	55,00
rx scapola	33,00
rx scheletro toracico costale monolaterale	38,00
rx scheletro toracico costale bilaterale	57,00
rx scialografia	92,00
rx sella turcica, esame diretto	30,00
rx spalla	33,00
rx spalla sotto carico	40,00
rx sterno	38,00
rx stomaco con doppio contrasto	110,00
rx stomaco, duodeno	77,00
rx stratigrafia a bocca aperta e chiusa della a.t.m., monolaterale	65,00
rx stratigrafia a bocca aperta e chiusa della a.t.m., bilaterale	80,00
rx stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione	80,00
rx stratigrafia del mediastino	80,00
rx stratigrafia del torace, monolaterale	80,00
rx stratigrafia del torace, bilaterale	90,00
rx stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti	78,00
rx studio dei tempi di transito intestinale	110,00
rx studio selettivo ultima ansa	50,00
rx telecuore con esofago baritato	47,00
rx teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	39,00
rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo	200,00
rx tenue, esame seriato	140,00
rx tessuti molli, esame diretto	38,00
rx tiroide, esame diretto	38,00
rx tiroide, esofagogramma cervicale	45,00
rx torace tradizionale o equalizzato e/o telecuore	35,00
rx trachea, esame diretto	24,00
rx tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)	104,00
rx tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)	85,00
rx tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)	150,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
rx uretrocistografia ascendente e minzionale	135,00
rx urografia (esame completo)	200,00
rx vasi, esame diretto	30,00
rx vescicolo deferentografia	217,00
risonanza magnetica nucleare	
uso di qualsiasi mezzo di contrasto	78,00
angio r.m. (qualsiasi distretto vascolare - a distretto, salvo i casi descritti)	340,00
angio r.m. circolo endocranico	340,00
angio r.m. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	340,00
angio r.m. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	340,00
atm mono o bilaterale	200,00
cine r.m. (come studio funzionale di articolazioni, qualunque distretto)	400,00
colangio e/o wirsung rmn	265,00
r.m. addome superiore e inferiore - pelvi	310,00
r.m. addome superiore o inferiore - pelvi	260,00
r.m. articolazione ed 1 segmento osseo (ginocchio - spalla - gomito - collo piede - etc.)	165,00
r.m. ogni articolazione e segmento osseo oltre al primo	80,00
r.m. bacino o collo o laringe o faringe o cranio o ipofisi o nervi acustici o mammella bilaterale o massiccio facciale o torace e mediastino	220,00
r.m. cuore	350,00
r.m. con bobina endorettale, compresa spettroscopia	330,00
r.m. fetale	280,00
r.m. rachide e midollo spinale (1 tratto)	200,00
r.m. rachide e midollo spinale (2 tratti)	340,00
r.m. rachide e midollo spinale (3 tratti)	410,00
r.m. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	480,00
scialo-r.m.	240,00
studio dei flussi liquorali cerebrali	450,00
uro-r.m.	250,00
tomografia assiale computerizzata	
uso di qualsiasi mezzo di contrasto	78,00
angio t.c. di qualsiasi distretto - a distretto vascolare con eventuale ricostruzione 3d - salvo i casi descritti	210,00
angio t.c. aorta addominale (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. aorta addominale e arterie arti inferiori (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. aorta toracica (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. aorta toracica e addominale (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. arterie renali o vasi splanchnici (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. di 1 o 2 arti superiori o inferiori (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. circolo endocranico (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. del cuore (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. delle arterie coronarie (compreso mezzo di contrasto)	250,00
angio t.c. torace (arterie o vene polmonari) (compreso mezzo di contrasto)	250,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
angio t.c. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici) (compreso mezzo di contrasto)	250,00
artrotac o t.c. distretti articolari/segmenti ossei	150,00
dentascan: 1 arcata	110,00
dentascan: 2 arcate	160,00
mielo t.c.: 1 tratto colonna vertebrale	270,00
mielo t.c.: 2 tratti colonna vertebrale	315,00
mielo t.c.: 3 tratti colonna vertebrale	450,00
o.c.t. - tomografia a coerenza ottica	87,00
scialo-t.c.	150,00
t.c. addome inferiore per endoscopia virtuale della vescica	230,00
t.c. addome superiore e inferiore - pelvi	230,00
t.c. bacino e sacro	145,00
t.c. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici	145,00
t.c. colonna vertebrale: 2 segmenti (cervicale e dorsale o lombosacrale e sacrococcigeo)	200,00
t.c. colonna vertebrale: 3 segmenti (cervicale e dorsale e lombosacrale o sacrococcigeo)	250,00
t.c. cranio e/o orbite, sella turcica, rocche petrose, mastoidi, orecchio	140,00
tc mascellare con elaborazione computerizzata superiore o inferiore (vitrea)	140,00
t.c. torace o addome superiore o inferiore - pelvi	180,00
t.c. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	400,00
uro – t.c.	180,00
t.c./pet (compreso radiofarmaco)	760,00
DIAGNOSTICA VASCOLARE	
ultrasonografia doppler - ecodoppler - ecocolordoppler	
arti superiori o inferiori (bilaterale): doppler	55,00
arti superiori o inferiori (bilaterale): ecodoppler	70,00
arti superiori o inferiori (bilaterale): ecocolordoppler	90,00
arti superiori e inferiori (quattro arti): doppler	80,00
arti superiori e inferiori (quattro arti): ecodoppler	92,00
arti superiori e inferiori (quattro arti): ecocolordoppler	105,00
ecocolordoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto	80,00
fibroscan (compresa ecografia epatica)	70,00
penieno o testicolare: doppler	75,00
penieno o testicolare: ecodoppler	85,00
penieno o testicolare: ecocolordoppler	95,00
tiroide: ecocolordoppler	80,00
transcranico completo: ecodoppler	70,00
transcranico completo: ecocolordoppler	90,00
transcranico completo: doppler con analisi spettrale	60,00
tronchi sovraortici: doppler	65,00
tronchi sovraortici: ecodoppler	75,00
tronchi sovraortici: ecocolordoppler	85,00
viscerale: doppler	40,00
viscerale: ecodoppler	76,00
viscerale: ecocolordoppler	85,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
MEDICINA NUCLEARE (SCINTIGRAFIA)	
apparato circolatorio	
angiocardioscintigrafia di primo passaggio	100,00
angiocardioscintigrafia all'equilibrio	125,00
angioscintigrafia distretti arteriosi o venosi	120,00
scintigrafia del miocardio a riposo (spect)	235,00
scintigrafia del miocardio a riposo (planare)	235,00
scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (pet)	750,00
scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (planare)	360,00
scintigrafia del miocardio per l'identificazione del miocardio vitale mediante reiniezione	190,00
scinti o tomo scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (spect)	410,00
studio della funzione ventricolare globale e regionale (gated-spect)	130,00
apparato digerente	
ricerca di mucosa gastrica ectopica	80,00
scintigrafia delle ghiandole salivari	100,00
studio scintigrafico del transito esofago-gastro-duodenale	150,00
valutazione delle gastro enterorragie	105,00
apparato emopoietico	
determinazione del tempo di sopravvivenza delle emazie	180,00
determinazione del volume plasmatico e del volume eritrocitario	52,00
determinazione della cinetica piastrinica	260,00
determinazione dell'assorbimento intestinale della vitamina b12 (test di schilling)	90,00
linfoscintigrafia segmentaria	210,00
misura dell'assorbimento o della permeabilità intestinale	60,00
studio completo della ferrocinetica	145,00
apparato osteo-articolare	
scintigrafia globale corporea (pet)	950,00
scintigrafia globale scheletrica	170,00
scintigrafia ossea o articolare polifasica segmentaria	110,00
scintigrafia ossea o articolare segmentaria	95,00
apparato respiratorio	
scintigrafia polmonare con indicatore positivo	170,00
scintigrafia polmonare perfusionale (planare)	120,00
scintigrafia polmonare perfusionale (spect)	120,00
scintigrafia polmonare ventilatoria	230,00
apparato urinario	
cistoscintigrafia diretta	82,00
scintigrafia renale con dmsa (planare)	85,00
scintigrafia renale con dmsa (spect)	200,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
scintigrafia renale sequenziale con tracc. a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare	185,00
fegato e vie biliari e milza	
scintigrafia epatica (spect)	180,00
scintigrafia epatica con indicatore positivo (planare)	140,00
scintigrafia epatica con indicatore positivo (spect)	190,00
scintigrafia epato-biliare sequenziale	120,00
scintigrafia epatosplenica (planare)	120,00
scintigrafia epatosplenica con flussimetria e clearance kuppferiana	140,00
scintigrafia splenica con emazie autologhe	80,00
sistema nervoso centrale	
scintigrafia cerebrale (planare)	120,00
scintigrafia cerebrale (spect)	310,00
scintigrafia cerebrale planare con angioscintigrafia	130,00
scintigrafia cerebrale qualitativa (pet)	635,00
scintigrafia cerebrale quantitativa (pet)	950,00
scintigrafia del midollo osseo corporeo totale	85,00
tiroide e paratiroide	
captazione tiroidea	57,00
scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea)	180,00
scintigrafia tiroidea	85,00
scintigrafia tiroidea con indicatore positivo	200,00
scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei	220,00
altri organi	
immunoscintigrafia	510,00
ricerca di focolai flogistici con leucociti autologhi marcati	400,00
ricerca linfonodo sentinella (chirurgia radioguidata)	220,00
scintigrafia dell'apparato genitale maschile	155,00
scintigrafia globale corporea per localizzazione neoplastica con indicatori positivi	420,00
scintigrafia mammaria bilaterale	170,00
scintigrafia surrenale	320,00
tac/pet - compreso radioisotopo	750,00
NEUROLOGIA	
brain mapping	100,00
cura del sonno (terapia completa)	250,00
elettroencefalogramma	70,00
elettroencefalogramma con sonno farmacologico	160,00
elettroencefalogramma dinamico 24 ore	240,00
elettromiografia completa senza distinzione di segmento	70,00
elettro-neurografia con velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto)	30,00
elettroshock con narcosi e spasmolisi (ogni applicazione)	95,00
esame elettrodiagnostico cronassimetrico (per arto)	20,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
esame elettrodiagnostico semplice (per arto)	20,00
polifisiografia del sonno (1 ciclo)	130,00
polifisiografia del sonno (intera notte)	190,00
potenziali evocati (baers - pes - pev)	70,00
potenziali evocati motori per stimolazione magnetica corticale	70,00
potenziali evocati multimodali	115,00
shock insulinico	75,00
shock con altri mezzi medicamentosi	40,00
studio neurofisiologico del pavimento pelvico	180,00
studio riflessologico del tronco dell'encefalo (blink-reflex, riflessi mandibolari e studio dei periodi silenti massetere)	65,00
test afasia (diagnostica delle afasie)	76,00
test alla l-dopa per diagnosi di m. di parkinson	95,00
test di desmedt (o di stimolazione ripetitiva) per miastenia gravis	70,00
OCULISTICA	
biometria ottica no-contact (interferometria laser)	85,00
biomicroscopia ad ultrasuoni (ubm)	45,00
campimetria cinetica o statica - perimetria	45,00
campimetria computerizzata (vcp)	52,00
conta cellule endoteliali (salvo i casi descritti)	45,00
ecobiometria (cristallino)	45,00
elettromiografia	67,00
elettronistagmografia	55,00
elettrooculogramma (eog)	50,00
elettroretinogramma	55,00
esame ortottico completo (ortottista)	43,00
esercizi ortottici (a seduta) (ortottista)	25,00
fluorangiografia del segmento anteriore	115,00
fluorangiografia della retina con fluorescina	125,00
fluorangiografia della retina con verde indocianina	130,00
fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluorescina	100,00
fotografia del fondo o del segmento anteriore a colori o bianco e nero	20,00
heidelberg retina tomography (oftalmoscopia laser confocale) con analisi morfometrica del nervo ottico	82,00
gdx (scanning laser polarimetria retinica)	50,00
gonioscopia	20,00
microperimetria	45,00
oftalmodinamometria	25,00
pachimetria corneale	40,00
potenziali evocati visivi	70,00
pupillografia	30,00
retinografia	30,00
retinoscopia	100,00
s.c.o. (esame del disco ottico e delle fibre nervose retiniche)	60,00
tonografia e test di provocazione	35,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
tonometria, orbitotonometria (se unico atto medico; diversamente compreso nella visita)	32,00
topografia corneale	52,00
valutazione flusso ematico oculare (obf)	50,00
valutazione nictomerale pressione oculare (curva tonometrica)	50,00
OTORINOLARINGOIATRIA	
acufenometria	15,00
elettrococleografia (ecog)	85,00
esame audiometrico per adattamento protesico	25,00
esame audiometrico tonale e vocale	30,00
esame foniatrico (logopedista)	40,00
esame vestibolare con registrazione v.n.g. (video nistagmografia)	50,00
esame vestibolare con registrazione v.n.s. (video nistagmoscopia)	50,00
esame vestibolare con registrazione v.n.s. (video nistagmoscopia) e v.n.g. (video nistagmografia)	85,00
esame vestibolare con stimolazione pendolare	45,00
esame vestibolare con stimolazione rotatoria	55,00
esame vestibolare con stimolazione termica	33,00
esame vestibolare con stimolazione termica e rotatoria	60,00
esame vestibolare con stimolazione termica, pendolare e rotatoria	62,00
esercizi foniatrici (a seduta) (logopedista)	25,00
gustometria	10,00
impedenzometria	25,00
insufflazioni endotimpaniche (non eseguite in stabilimenti termali)	10,00
irrigazioni nasali (non eseguite in stabilimenti termali)	8,00
manovre liberatorie per canalicolitiasi	25,00
olfattometria	25,00
potenziali evocati acustici	60,00
rinomanometria (anteriore e posteriore)	40,00
stabilometria dinamica	60,00
stabilometria statica	35,00
PNEUMOLOGIA	
aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali)	7,00
broncoistillazione-broncoaspirazione	40,00
capnografia	20,00
compliance polmonare statica e dinamica	45,00
esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta)	13,00
ossimetria arteriosa (pao2 o sao2)	10,00
pletismografia corporea (misura vgt, resistenze, volumetria)	70,00
pletismografia induttiva toracica	50,00
pneumotacografia (curva flusso-volume) (unica prova)	30,00
pneumotacografia di base e dopo test di broncoostrizione/dilatazione (unica prova)	50,00
respirazione a pressione positiva intermittente	7,00
spirometria semplice (con vitalograph)	32,00
spirometria con prova da sforzo	50,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
spirometria con prova da sforzo e test di diffusione	77,00
spirometria con prova da sforzo ed ossimetria continua	90,00
spirometria con test di diffusione e coefficiente di duttanza polmonare	50,00
spirometria con test farmaco-dinamici	70,00
spirometria con volume residuo	40,00
spirometria separata (broncospirometria)	115,00
test di diffusione in "steady state"	30,00
test di diffusione in respiro singolo	30,00
test di diffusione sotto sforzo	55,00
test di duttanza polmonare	40,00
ventiloterapia (a seduta)	17,00
ALLERGOLOGIA	
immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri	11,00
patch test - serie girdca (a lettura immediata - qualsiasi numero di apteni)	65,00
prick test per inalanti ed alimenti (a lettura immediata - qualsiasi numero di allergeni) o prick test ed intradermoreazioni scalari per veleno di imenotteri	50,00
test di provocazione congiuntivale allergene specifico o nasale allergene specifico o bronchiale allergene specifico (qualsiasi numero di allergeni) o bronchiale aspecifico (metacolina, istamina, etc.)	40,00
test di tolleranza iniettivo per anestetici locali o anestetici generali (qualsiasi numero di farmaci) o per betalattamine (con catene laterali o per penicilline) o per altri farmaci	55,00
test di tolleranza orale per farmaci (qualsiasi numero di farmaci) o per alimenti (qualsiasi numero di alimenti) o per additivi alimentari e farmacologici (qualsiasi numero di additivi)	35,00
ESAMI CITO/ISTOLOGICI/IMMUNOISTOCHEMICI	
citologico (striscio) per ricerca batteriologica vaginale (unico esame)	15,00
citologico per diagnostica ormonale	10,00
citologico per diagnostica tumorale (broncoaspirato, espettorato, liquidi sinoviali o liquidi biologici, salvo urine)	50,00
citologico per diagnostica tumorale (pap test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale	20,00
citologico per diagnostica tumorale urine (1 campione)	30,00
citologico per diagnostica tumorale urine (3 campioni)	56,00
citologico su agoaspirati mammari, tiroidei o linfoghiandolari	50,00
citologico testicolare	37,00
immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, ema, s-100, hmb45, gfap-1)	45,00
immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo	24,00
immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma	250,00
immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare	45,00
PRELIEVI	
prelievo arterioso a domicilio	25,00
prelievo venoso o capillare a domicilio	14,00
prelievo di succo duodenale	30,00
prelievo di succo gastrico	25,00
prelievo prostatico a domicilio	28,00

Descrizione prestazione	Importo massimo in euro
prelievo rettale a domicilio	18,00
prelievo secrezione uretrale o vaginale a domicilio	18,00
FISIOKINESITERAPIA	
Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori. Le tariffe sono omnicomprensive dei materiali d'uso e medicinali. Le voci con "manu medica" devono essere effettuate da medico-chirurgo abilitato nella comunità europea.	
Riabilitazione	
rieducazione cardiopatici (a seduta)	14,00
rieducazione neuromotoria (a seduta)	14,00
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	
diatermia onde corte/microonde (marconi o radarterapia o onde d'urto radiali)	7,00
elettroterapia antalgica (diadinamiche o tens)	7,00
elettroterapia di muscoli normo o denervati (elettrostimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	7,00
hilterapia	11,00
irradiazione infrarossa	7,00
ionoforesi	7,00
ipertermia segmentaria	9,00
laserterapia antalgica	11,00
magnetoterapia	10,00
pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente	9,00
tecarterapia	10,00
terapia a luce ultravioletta o applicazione puva	7,00
ultrasonoterapia	7,00
Kinesiterapia (terapia di movimento)	
agopuntura (manu medica)	18,00
esercizi assistiti in acqua	12,00
esercizi con attrezzature per isocinetica	14,00
esercizi posturali	7,00
rieducazione motoria	8,00
manipolazioni vertebrali o chiroterapia (manu medica)	17,00
massoterapia	7,00
massoterapia distrettuale - riflessogena (manu medica)	9,00
mobilizzazioni articolari	8,00
mobilizzazioni vertebrali	9,00
terapia occupazionale	12,00
trazioni vertebrali meccaniche o meccanoterapia	8,00
chinesiterapia attiva o passiva	8,00
riabilitazione pelvi-perineale (omnicomprensiva)	17,00

APPENDICE 3 – GLOSSARIO GIURIDICO

Si riportano i seguenti articoli del Codice civile per la consultazione, per tutto quanto non è richiamato di seguito valgono le norme della legge italiana.

ART. 1892 CODICE CIVILE 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.

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1920 ASSICURAZIONE A FAVORE DI UN TERZO

È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.

La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona. Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

ART. 1923 DIRITTI DEI CREDITORI E DEGLI EREDI

Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.

ART. 1924 MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'art. 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.

Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.

ART. 1926 CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE DELL'ASSICURATO

I cambiamenti di professione o di attività dell'assicurato non fanno cessare gli effetti dell'assicurazione, qualora non aggravino il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione.

Qualora i cambiamenti siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito al tempo del contratto, l'assicuratore avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del minor premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito.

Se l'assicurato dà notizia dei suddetti cambiamenti all'assicuratore, questi, entro quindici giorni, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il premio.

Se l'assicuratore dichiara di voler modificare il contratto in uno dei due sensi su indicati, l'assicurato, entro quindici giorni successivi, deve dichiarare se intende accettare la proposta.

Se l'assicurato dichiara di non accettare, il contratto è risolto, salvo il diritto dell'assicuratore al premio relativo al periodo di assicurazione in corso e salvo il diritto dell'assicurato al riscatto. Il silenzio dell'assicurato vale come adesione alla proposta dell'assicuratore.

Le comunicazioni e dichiarazioni previste dai commi precedenti possono farsi anche mediante raccomandata.

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 si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. 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.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. MAL50191



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.