

POLIZZA MALATTIE N. 17030 – CIRCOLO AZ. DIPENDENTI BAM

CONDIZIONI NORMATIVE

1. PERSONE ASSICURATE

1.1. L'assicurazione è prestata a favore del personale in quiescenza della ex Banca Agricola Mantovana e/o MPS, dei rispettivi coniugi e figli conviventi o non conviventi e loro familiari. Limite di età 80 anni: se la garanzia scadesse durante l'81° anno, la stessa sarà valida sino al 31/12.

2. QUESTIONARIO - ESCLUSIONI

2.1. Premesso che non è richiesta la compilazione di questionari anamnestici per gli Assicurati che

2.1.1. provengono senza soluzione di continuità dalla polizza 16900 surrogata dalla presente:

2.2. non sono assicurabili le persone affette da alcolismo - tossicodipendenze - AIDS e sindromi correlate. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere.

2.3. Sono escluse

- le cure di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psico-farmaci o stupefacenti,
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o infortunio indennizzabili), dietologiche e fitoterapiche.
- sieropositività da virus H.I.V.,
- infortuni derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico; infortuni occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche - non di regolarità pura - e alle relative prove;
- patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali o da esaurimento nervoso; psicoterapia e psicoanalisi;
- aborto volontario non terapeutico;
- occhiali e lenti a contatto (ad eccezione delle I.O.L. cristallino artificiale); interventi chirurgici per la correzione di miopia, astigmatismo nilotico, ipermetropia;
- cure dentarie (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle paraodontopatie, protesi dentarie ad eccezione di quanto indicato al punto 4.1.4);
- acquisto, riparazioni e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari (salvo quanto previsto al punto 4.1.1 a) e 4.1.4 (infortunio)
- malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- le conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, sono invece comprese le conseguenze di imprudenze o negligenze, anche gravi dell'Assicurato
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, Himalayane o Andine, regate oceaniche, sci estremo e simili) ; atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa.
 - trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazioni di particelle atomiche (salvo le lesioni subite *come paziente* per applicazioni radioterapiche);
 - guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

3. **QUESTIONARIO ANAMNESTICO - CARENZE**

3.1. che deve essere compilato dalle persone che entrano in garanzia SENZA essere state precedentemente assicurate con la polizza 16900 surrogata dalla presente. Per le persone a cui è richiesta la compilazione del questionario non saranno risarcibili situazioni patologiche (infortuni/malattie) insorte precedentemente l'inizio della copertura, salvo quanto indicato in specifica appendice.

Per gli Assicurati di cui sopra verranno quanto segue:

3.1.1. La garanzia decorre dalle ore 24

- a) del giorno in cui ha effetto l'assicurazione per infortuni e malattie acute non recidivanti,
- b) dal 270° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione per il parto e per le malattie che siano conseguenza diretta di situazioni patologiche -non note all'Assicurato - insorte prima della stipulazione del contratto;
- c) dal 30° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

4. **MASSIMALE ASSICURATO**

Il massimale per nucleo/persona viene fissato in Euro **400.000,00** =

4.1.1. La garanzia è operante per le spese di ricovero in Istituto di cura o Ambulatoriali o day-hospital sostenute per intervento chirurgico e per quelle sostenute per ricovero che non dia luogo ad intervento chirurgico. Pertanto in caso di ricovero con o senza intervento o di intervento chirurgico ambulatoriale la Società rimborserà le spese rese necessarie da malattia e/o infortunio sostenute:

a) durante il ricovero per:

- intervento chirurgico, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento; inoltre la garanzia comprende - entro il 20% del massimale assicurato- il rimborso delle spese per l'acquisto di protesi applicabili per necessità medica, in un momento successivo all'intervento riparatore e da questo previste,
- assistenza medica ed infermieristica professionale, cure, medicinali, esami, rette di degenza (con esclusione delle spese voluttuarie: telefono, TV, filodiffusione e simili),

b) nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi alla dimissione- per:

- visite, prestazioni e trattamenti specialistici resi da un medico che ha conseguito la specializzazione nella particolare branca, accertamenti diagnostici, analisi e ricerche, radiografie ed indagini speciali, (es. TAC, ecografie). escluse le cure termali ed i trattamenti specialistici.

L'onere della Società per l'insieme delle prestazioni di cui al precedente punto b) non può superare il 20% del massimale assicurato.

4.1.2. In caso di parto diverso da quello effettuato con taglio cesareo, aborto terapeutico o spontaneo o "ex lege 194" comportante ricovero, la Società rimborserà le spese di cui alle lettere a) e b) del punto 4. 1.1 fino alla concorrenza di Euro 1.300,00=.

L'assicurazione vale inoltre:

4.1.3. In caso di intervento su tonsille e/o vegetazioni adenoidi. Se tale intervento è effettuato su minori di età inferiore a 9 anni, la garanzia opera fino alla concorrenza di Euro 1.365,00 per evento.

4.1.4. In caso di infortunio per le spese relative a visite, cure e protesi dentarie fino alla concorrenza di un importo di Euro 13.700,00 per anno e per nucleo (con il limite di Euro 1.885,00 per l'impiego di materiale prezioso). Questa prestazione vale anche se le cure sono erogate in studio medico senza che vi sia ricovero.

Nei seguenti casi particolari, Reale Mutua assicura il rimborso delle spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte:

a) in caso di trapianto di organi

- se l'Assicurato è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese di ricovero del donatore vivente;
- se l'Assicurato è donatore: le sue spese di ricovero e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.

b) in caso di ricovero domiciliare per malattia terminale (intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza dell'Assicurato a mantenere una vita indipendente ed a svolgere le comuni attività quotidiane):

- le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute fino a Euro 105,00 giornaliere per un massimo di 60 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura;

FRANCHIGIE

- a) In caso di ricovero con utilizzo di strutture sanitarie e di medici convenzionati con BLUE ASSI- STANCE verrà applicata una franchigia di € **1.000,00** per ogni ricovero.
- b) In caso di ricovero che non rientri nel punto a), verrà applicato uno scoperto del 10% con il minimo di € **1.200,00** per ogni ricovero.
- c) Qualora il ricovero avvenga a totale carico del S.S.N. valgono le norme contenute nell'art.4.3 lett. a), senza applicazione di alcuna franchigia.

GARANZIE AGGIUNTIVE

4.2. Le presenti garanzie aggiuntive sono operanti nei confronti di tutti gli assicurati che siano stati ricoverati in istituti di cura - con o senza intervento chirurgico - o che siano stati sottoposti ad intervento chirurgico ambulatoriale.

4.2.1. La Società, nel limite del massimale annuo e per nucleo previsto dalla garanzia rimborsa le spese sostenute:

- a) per il rimpatrio della salma in conseguenza di *decesso* dell'assicurato all'estero purché conseguente ad infortunio o malattia indennizzabili, fino ad un importo di Euro 3.360,00=;
- b) per il trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura ed all'ambulatorio, nonché da un istituto di cura all'altro e dal luogo di cura al suo domicilio. Qualora il trasporto sia reso necessario da carenza o inadeguatezza di strutture sanitarie nel luogo in cui la malattia si è manifestata, o l'infortunio si è verificato, o—comunque- in caso di comprovata urgenza, sono rimborsate le spese per l'utilizzazione di qualsiasi mezzo di trasporto.
Tale garanzia è accordata fino a Euro 2.325.00 per anno e per nucleo.

4.2.2. SPECIALISTICHE

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di Euro 5.700,00 per anno e per nucleo, le spese non rientranti nella garanzia prestata alla lett.b) del punto 4.1.1- rese necessarie da malattia od infortunio e sostenute per:

- a) onorari medici per visite e prestazioni specialistiche - comprese le cure terminali (con esclusione delle spese alberghiere) - compresi trattamenti di fisiochinesiterapia conseguenti ad infortunio - escluse le visite pediatriche effettuate per controlli di normali manifestazioni morbose, odontoiatriche ed ortodontiche - anche effettuate per la verifica di una ipotesi di sospetta patologia, con certificazione medica relativa alla malattia da accertare;
- b) accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio. analisi e ricerche. radiografie e indagini speciali, effettuati anche per la verifica di una ipotesi di sospetta patologia purché conseguenti a specifica prescrizione medica con certificazione relativa alla malattia da accertare. Per le prestazioni di cui ai punti a) e b), la garanzia opera per l'75% delle spese sostenute, restando il rimanente 25% a carico dell'assicurato, con il minimo di Euro 100,00 per ogni visita, di Euro 100,00 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da una unica prescrizione medica,
- c) per retta dell'accompagnatore compreso vitto e alloggio in istituto di cura o in struttura alberghiera (in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera) per Euro 52,00 al dì per un max di 50 dì per anno assicurativo

- d) qualora gli accertamenti diagnostici fossero a totale carico del S.S.N., ma fossero eseguiti in sedi pubbliche distanti più di 100 Km dalla residenza dell'Assicurato, allo stesso spetterebbe una diaria di Euro 140.00 per ogni giorno di trasferta - esame con il max di 5 gg.
- e) DAY HOSPITAL: Le spese sostenute dall'Assicurato sono riferite al massimale del punto 4.0. Qualora le cure fossero a totale carico del S.S.N. l'Assicurato avrà diritto ad una diaria pari ad 1/2 di quella indicata al punto 4.3.1a) , senza limite di giorni.

4.3. Indennità sostitutiva in caso di ricovero con o senza intervento

4.3.1. Qualora l'Assicurato si avvalga dell'Assistenza Sanitaria Sociale, si applicano le seguenti norme:

- a) se il ricovero sia a totale carico di detta assistenza, le prestazioni sanitarie previste dalla lett.a) del punto 4.1 sono sostituite dalla corresponsione di un'indennità di Euro 150,00 per ciascun giorno di ricovero, con un massimo di 150 giorni per anno assicurativo e per nucleo,
- b) se il ricovero sia in parte a carico dell'assicurato, la garanzia prestata con la presente polizza varrà per l'eccedenza di spese sostenute in proprio dall'assicurato stesso; in luogo del rimborso anzidetto, l'assicurato può optare per la riscossione dell'indennità.

5. PREMIO

5.1. Il premio per anno/persona è stabilito :

- fino ad anni 65 € 1.094,40
- da anni 66 ad anni 75 € 1.238,40
- da anni 76 € 1.584,00
- figli e familiari dei figli con età inferiore a 60 anni € 576,00
oltre verrà applicato il premio come dai punti precedenti

5.2. In caso di ingresso in corso d'anno verrà emessa appendice con premio computato in X/360°

6. ANTICIPAZIONE DEL RIMBORSO

E' prevista solo per intervento di alta chirurgia.

7. DURATA

La presente convenzione è stipulata con scadenza al 31/12 di ogni anno.

Il presente contratto è stato convenuto con pagamento del premio in **due rate semestrali** scadenti il 31/12/2024 e il 30/06/2025, rate che l'Assicurato si impegna a corrispondere ai termini delle C.G.A..

Le due rate devono essere obbligatoriamente corrisposte alla Società senza nessuna possibilità, da entrambe le Parti, di disdire la polizza o singola posizione assicurata.

8. DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

8.1. RICOVERI

Per poter fruire del RIMBORSO DIRETTO è fondamentale che l'Assicurato o chi per esso contatti la

BLUE ASSISTANCE

ai seguenti numeri telefonici:

| | | |
|--------------|--------------|------------------|
| dall' Italia | Numero Verde | 800 - 092.092 |
| dall'Estero | | +39 011 742.5555 |

prima del ricovero la Blue Assistance prenderà nota della comunicazione e se lo accollerà se l'Istituto è convenzionato / se i medici sono convenzionati.

Se non esiste convenzione con l'Istituto indicato o medici indicati, o il ricovero avviene in ambito ospedaliero, il risarcimento sarà a RIMBORSO INDIRETTO.

Se il ricovero è a totale carico del S.S.N. l'indennizzo sostitutivo sarà rimborsato dalla BLUE

ASSISTANCE.

8.2. GARANZIE AGGIUNTIVE

Qualora non si tratti di ricovero, ma solamente del rimborso delle spese sostenute in relazione alle prestazioni aggiuntive previste al punto 4.2, l'Assicurato dovrà comunicarlo alla Blue Assistance o all'Agenzia a guarigione clinica avvenuta.

8.3. DENUNCIE

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori) e 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) del Cod. Civ. ; l'Assicurato deve - a guarigione clinica avvenuta- inviare la denuncia a Blue Assistance, denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese. In particolare, l'Assicurato deve fornire a Blue Assistance:

- copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;
- originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate, che vengono poi restituite da Blue Assistance con indicazione della liquidazione effettuata.

In caso di ricovero del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

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

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extraricovero.

N.B. Al punto 8.3 che precede.

La presentazione della denuncia implica contestualmente la chiusura del sinistro.

Pertanto l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo sinistro.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico.

8.3.1. L'Assicurato deve inoltre:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria; sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

9. CONTROVERSIE — ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra le Parti, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria**, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dalle Parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

9.1. Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico in day-hospital o il ricovero domiciliare/parto domiciliare; per le Prestazioni extra ricovero di cui al paragrafo E dell'art. 3.0: la data della prima prestazione sanitaria erogata. Reale Mutua effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute

nel corso di annualità assicurative diverse da quelle del sinistro, e comunque non oltre tre mesi dalla scadenza del contratto.

--==oOo==--