

DESCRIZIONE DELLA COPERTURA PER IL RINNOVO DEL TRIENNIO 2023 – 2026

GARANZIA BASE		
	Garanzie	Scoperti/franchigie
Ricovero con o senza intervento		
Intervento chirurgico Massimale per anno / nucleo compreso	€ 250.000 per tutti i ricoveri onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistenza, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicate durante l'intervento, per l'assistenza medica, per le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero.	ricoveri fuori Network: a) <u>Con intervento</u> scoperto. 15 % min.€ 1000 b) <u>Senza intervento</u> scoperto 15% min. € 500
100 giorni prima (ridotti a 30 giorni in caso si vada in struttura pubblica)	accertamenti e onorari medici nei giorni precedenti e relativi all'intervento stesso	ricoveri nel Network: nessuna franchigia
100 giorni dopo (ridotti a 30 giorni in caso si vada in struttura pubblica) (180 per trapianti e patologie oncologiche)	esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la fine del ricovero.	
Diaria surrogatoria ricovero SSN	Eur.85= (Eur. 100= dall'8° giorno) per un massimo di 100 giorni per anno, in caso tutte le spese di ricovero siano a carico del S.S.N.	3 giorni solo per ricoveri senza intervento
Pre – post 30 gg + 30 gg ricovero SSN	limite di Eur. 1000= per sinistro	
Retta di degenza	100% Network Limite Eur 250 per ogni giorno di ricovero fuori network	
Trapianti/ Intervento ambulatoriale/ Day Hospital	Stesso massimale ricovero comprese spese per il prelievo sul donatore e/o sull'Assicurato in qualità di donatore vivente.	Sc.20% min. € 500=
Trasporto Italia / Estero	Eur. 1.500 (Italia)/5.000(Estero)= per recarsi agli Istituti in caso di ricovero, in ambulanza o con mezzo sanitario attrezzato.	Nessuno scoperto o franchigia
Vitto e pernottamento dell'accompagnatore	Eur. 100 giornaliero= con il massimo di 60 giorni	
Cure dentarie da infortunio	Eur. 10.000= (con presentazione della documentazione rilasciata dal Pronto Soccorso)	
Parto cesareo, aborto terapeutico, tonsillectomia, adenoidi	Eur. 5.000=	
Parto naturale	Eur. 2.500=	
Rimpatrio salma	Eur. 5.000=	
Spese ambulatoriali di Pronto Soccorso	Eur. 5.000=	
Terapie Oncologiche		
Massimale anno/nucleo Prestazioni	Eur. 7.500= chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti	Nessuna franchigia Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%
Alta diagnostica e tecniche terapeutiche		
Massimale anno/nucleo Prestazioni	Eur. € 6.000= Coronografia, MOC,PET,RMN,TAC, Dialisi, laserterapia, litotripsia renale e biliare.	Nessuna franchigia Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%
Diagnostica specialistica		
Massimale anno/nucleo Prestazioni	Eur. € 6.000= Artografia ed artografia digitale; angiografia; broncoscopia; diagnostica radiologica; doppler ed ecodoppler; ecografia; elletrocardiografia; ellettoencefalografia; ECG anche secondo Holter; endoscopia; scintigrafia; telecuore.	Fuori network: Sc. 15% min.€ 75, Nel network: sc. 15% min. € 50 Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%

OPZIONE 1 - COSTO € 95

Garanzie		Scoperti/franchigie
Cure domiciliari – ambulatoriali		
Massimale anno/nucleo	Eur. 2.000=	Fuori network: Sc. 20% min. € 75, Nel network: sc. 20% min. € 40 Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%
Prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> • onorari medici per visite specialistiche, esclusi quelli per le visite pediatriche (limitatamente a quelli necessari per il controllo della crescita), odontoiatriche ed ortodontiche; • onorari medici per visite omeopatiche; • analisi ed esami diagnostici di laboratorio; 	
Massimale anno/nucleo	Eur. 300=	
Prestazioni	Onorari per visite psicologiche necessarie a seguito di stress lavoro correlato	

Trattamenti fisioterapici		
Massimale anno/nucleo	Eur. 1.500=	Sc. 20% min. € 75
Prestazioni	la garanzia si intende estesa ai trattamenti fisioterapici, purché effettuati in centri specializzati e prescritti da medico specialista.	Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%

Protesi sostitutive		
Massimale anno/nucleo	Eur. 1.000=	Nessuna franchigia
Prestazioni	acquisto di protesi sostitutive ortopediche, vocali ed apparecchi acustici	Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%

OPZIONE 2 - COSTO € 215

COPRE TUTTE LE GARANZIE PREVISTE DALL'OPZIONE 1 PIU' QUANTO SOTTO INDICATO

Cure dentarie		
Massimale anno/nucleo	Eur. 700 con elevazione a Euro 1400 con nucleo familiare assicurato di almeno 3 persone (dip., coniuge/convivente e uno o più figli)	Fuori network: Sc. 35% min.€ 135,
Prestazioni	cure odontoiatriche ed ortodontiche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche. Sono escluse le spese relative agli apparecchi per la correzione del processo di dentizione.	Nel network: Sc. 35% min. € 80 Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%
Lenti		
Massimale anno/nucleo	Eur. 300 con elevazione a Euro 500 con nucleo familiare assicurato di almeno 3 persone (dip.,coniuge/convivente e uno o più figli)	Sc. 35% min.€ 100
Prestazioni	acquisto, una volta ogni due anni, di lenti da vista (escluso montature) in seguito a modifica del visus, per ciascun assicurato e nucleo familiare per l'acquisto di un solo paio di lenti per ciascuna persona assicurata.	Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%
Correzione della vista		
Massimale anno/nucleo	Eur. 3.000= con limitazione di Eur. 1.500 per occhio	Nessuno scoperto e/o franchigia
Prestazioni	Intervento chirurgico per correzione di difetti della vista.	Ticket Servizio Sanitario rimborso al 100%

LE VISITE SPECIALISTICHE DOVRANNO ESSERE PRESCRITTE DAL MEDICO DI FAMIGLIA (SSN), LE ALTRE PRESTAZIONI POTRANNO ESSERE PRESCRITTE DAL MEDICO CURANTE. IN OGNI CASO DOVRÀ RISULTARE L'INDICAZIONE DELLA PATOLOGIA IN CORSO O SOSPETTA

ELENCO PRESTAZIONI ASSISTENZA SEMPRE OPERANTI

In base agli specifici accordi stipulati fra la Società e la Centrale Operativa di BlueAssistance l'Assicurato potrà beneficiare delle seguenti prestazioni fornite ed erogate direttamente dalla Centrale Operativa :

- INFORMAZIONI SANITARIE

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni relative a:

- situazioni climatiche,
- profilassi, vaccinazioni, patologie locali,
- Istituti di cura, medici specialisti,
- cautele da adottare in relazione alla situazione sanitaria locale del Paese di destinazione del viaggio, la Società, tramite la Centrale Operativa, fornirà le informazioni richieste.

- CONSIGLI DI UN MEDICO

Qualora l'Assicurato, a **seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**, abbia necessità di parlare per telefono con un medico per avere consigli in merito alla patologia in corso, la Società, tramite la Centrale Operativa, fornirà i consigli medici richiesti.

- TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a **seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**, necessiti di essere trasferito presso il più vicino Istituto di cura o luogo attrezzato per il pronto soccorso, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà ad inviare un'autoambulanza tenendo a proprio carico il relativo costo.

- INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a **seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Società, tramite la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi familiari, stabilirà un collegamento tra i propri medici di guardia della Centrale Operativa ed i medici che hanno in cura l'Assicurato sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

- INVIO MEDICO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato necessiti di essere visitato da un medico generico presso la propria Residenza in Italia, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e qualora i medici di guardia della Centrale Operativa lo giudichino necessario, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà ad inviare, tenendo a proprio carico l'onorario, un medico generico reperibile nella zona in cui risiede l'Assicurato. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze, a giudizio dei medici di guardia della Centrale Operativa, lo rendessero necessario, la stessa provvederà ad organizzare, tramite ambulanza, il trasferimento dell'Assicurato in un pronto soccorso. I costi dell'ambulanza sono a carico della Società.

- SEGNALEZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora a **seguito di Infortunio o Malattia improvvisa** avvenuti in Viaggio emerga la necessità che l'Assicurato si debba sottoporre ad una visita specialistica, la Società, tramite la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnalerà all'Assicurato un medico nella zona in cui esso si trova. Ove non fosse disponibile alcun medico specialista, la Società, tramite la Centrale Operativa, potrà segnalare un medico generico. **Il costo della visita rimane a carico dell'Assicurato.**

ULTERIORI PRESTAZIONI SANITARIE:

- fecondazione eterologa € 250 anno/nucleo (trattamento di fecondazione eterologa in qualsiasi paese Eu – no spese viaggio);
- assistenza post parto: 3 visite dallo psicologo entro 3 mesi dal parto, visita di controllo per arti inferiori per circolazione sangue entro 6 mesi dal parto;
- controllo pediatrico: 3 visite distribuite in 6 anni nei centri convenzionati con franchigia di € 36,15. 1 visita tra i 6 e i 12 mesi, 1 visita ai 4 anni, 1 visita ai 6 anni;
- cure termali per minori fino a 15 anni rimborsate una volta l'anno per cure inalatorie e/o otorinolaringoiatriche nei centri convenzionati con scoperto del 50% dell'intero ciclo di cura, se utilizzo di struttura fuori network il rimborso massimo è di € 35 per inalatorie ed € 45 per otorinolaringoiatriche;
- Indennità oncologica: in caso di diagnosi di malattia oncologica maligna sarà erogata una indennità di € 2.000;
- Sindrome di Down: in caso di diagnosi di Trisomia 21 sarà erogata una indennità di € 1000 per anno e per neonato per un massimo di tre annualità;
- Second opinion: qualora l'assicurato voglia ottenere a seguito di grave patologia un parere di un medico qualificato o di una struttura medico-scientifica.

NUOVO SERVIZIO DI VIDEOCONSULTO per rinnovo 2023 (un video consulto all'anno assicurativo per nucleo familiare assicurato)**LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA SALUTE**

Attraverso lo stesso numero verde della Struttura Organizzativa di Assistenza suindicato (800.095.095), si accede anche alla Struttura Organizzativa Salute.

Per chi chiama dall'Estero invece, il numero da utilizzare è il seguente: 0117425692.

VIDEO CONSULTO CON MEDICO GENERICO

La prestazione è fornita 24 ore su 24. Se l'assicurato ha bisogno di un consulto medico per una valutazione del proprio stato di salute, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance per organizzare l'accesso a sessioni di videoconferenza di consulto medico generico online. Dopo il riconoscimento dell'Assicurato, la Struttura chiede un indirizzo di posta elettronica valido per l'invio del link del video consulto. Se il medico di centrale risulta occupato, la Struttura indica all'Assicurato le tempistiche entro cui sarà effettuato il video consulto. Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.

VIDEO CONSULTO CON MEDICO SPECIALISTA

Se l'Assicurato ha bisogno di un video consulto con medico specialista, può contattare la Struttura Organizzativa di Blue Assistance che, raccolte le disponibilità dell'Assicurato, organizza l'appuntamento con il medico. Il video consulto è effettuato tramite il link, inviato dalla Struttura all'indirizzo e-mail fornito dall'Assicurato in fase di riconoscimento, che gli permette di accedere all'appuntamento con il medico specialista. Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00; i medici specialisti disponibili sono:

allergologo, cardiologo, dermatologo, diabetologo, geriatra, ginecologo, pediatra, nutrizionista, ortopedico, ostetrica,

pneumologo, psicologo, veterinario. Se per problemi di copertura o per preferenza dell'Assicurato, il consulto non può essere fatto in videoconferenza, sarà effettuato un consulto telefonico.

SI PREGA DI PRENDERE VISIONE DELLE "CONDIZIONI DI POLIZZA RSM 2023 – 2026" PER IL DETTAGLIO DELLE GARANZIE PRESTATE

LIMITAZIONI

L'assicurazione non é operante per:

- a) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- b) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- c) gli infortuni conseguenti a delitti dolosi o atti temerari dell'Assicurato, restando operante l'assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) la cura dell'A.I.D.S.;
- f) l'aborto volontario non terapeutico;
- g) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- h) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio; **(escluso per l'opzione 2)**
- i) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dal capitolo "COSA E COME ASSICURIAMO";
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- m) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "ALTRE GARANZIE";
- n) gli infortuni derivanti da sports aerei e dalle partecipazioni a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- o) il rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- p) degenze necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- q) ricoveri allo scopo di effettuare check up clinici;
- r) le spese, in genere, non conseguenti ad una alterazione dello stato di salute.