



SALUTE PROTETTA BY CREDEMASSICURAZIONI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE

SET INFORMATIVO

Il presente SET INFORMATIVO comprende

- **Documento Informativo Precontrattuale** e **Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo** – Edizione CRSMO08950DUE0226
- **Condizioni di Assicurazione** comprensive di **Glossario** (redatte secondo le “Linee Guida per Contratti Chiari e Comprensibili”) e **Fac-Simile del Modulo di Proposta di Assicurazione** – Edizione CRSMO08950TUE0226

Da consegnare al potenziale Contraente prima della sottoscrizione della polizza e da leggere attentamente.

Edizione CRSMO08950XUE0226

Data di ultimo aggiornamento: 10 febbraio 2026

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



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Credemassicurazioni S.p.A.

Prodotto: **Salute Protetta by Credemassicurazioni**

Data ultimo aggiornamento: 10/02/2026

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

Che tipo di assicurazione è?

Salute Protetta by Credemassicurazioni è una polizza facoltativa che tutela te ed eventualmente il tuo nucleo familiare (fino ad un massimo di sei persone totali) dai rischi di esborsi correlati a prestazioni sanitarie sostenute a seguito di infortuni o malattie.



Che cosa è assicurato?

Il prodotto Salute Protetta by Credemassicurazioni prevede garanzie obbligatorie e aggiuntive, raccolte per sezioni:

SEZIONE I - SPESE MEDICHE - GARANZIE OBBLIGATORIE

- ✓ **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non legati al ricovero:** prevede il rimborso di visite specialistiche e accertamenti diagnostici necessari in assenza di ricovero o di intervento chirurgico, a seguito di infortunio o malattia. Comprende anche i trattamenti fisioterapici necessari a seguito di infortunio, prescritti dal medico curante.
- ✓ **Pacchetto prevenzione:** prevede il pagamento di esami diagnostici e di medicina preventiva, in base a età e sesso dell'assicurato, effettuati presso strutture convenzionate con Blue Assistance.
- ✓ **Ricovero:** prevede il rimborso delle spese mediche sostenute prima, dopo e durante un ricovero o un intervento chirurgico rese necessarie da infortunio o malattia
- ✓ **Forfait in caso di ricovero:** prevede un indennizzo forfettario in caso di ricovero a seguito infortunio o malattia.

Le garanzie Ricovero e Forfait in caso di ricovero sono alternative.

SEZIONE II - PACCHETTO DENTARIE - GARANZIA FACOLTATIVA

- ✓ Tutela il cliente maggiorenne per le spese da sostenere per alcune prestazioni dentarie a seguito infortunio o malattia.

SEZIONE III - ASSISTENZA - GARANZIA OBBLIGATORIA

- ✓ Prestazioni per le emergenze che possono verificarsi a seguito di infortunio o malattia (es. prenotazione visite ed esami)

SEZIONE IV - TUTELA LEGALE - GARANZIA OBBLIGATORIA

- ✓ Credemassicurazioni ti rimborsale spese sostenute per l'assistenza legale necessaria a tutelare i tuoi interessi in caso di: i) malpractice medica; ii) vertenze contrattuali relative all'acquisto di apparecchiature mediche; iii) spese per danni extracontrattuali causati da terzi; iv) conflitti con istituti o enti pubblici di assicurazioni, nei casi espressamente previsti dalla polizza.

AREA NON ASSICURATIVA

QURAKARE consente a te e al tuo nucleo familiare di accedere, con tariffe agevolate, a prestazioni dentarie, mediche, fisioterapiche, ottiche, "wellness", a visite mediche e pediatriche a domicilio erogate dal network di strutture convenzionate. Include inoltre servizi di telemedicina, Mental Care e consegna farmaci a domicilio. Al fine di mantenere aggiornato il valore delle prestazioni, la Polizza è indicizzata, pertanto, massimali, franchigie e premi sono adeguati annualmente.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che, al momento della stipula della polizza:

- ✗ Hanno più di 75 anni compiuti
- ✗ Sono affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate

Le garanzie delle Sezioni I - **SPESE MEDICHE** e Sezione II - **PACCHETTO DENTARIE**, salvo le prestazioni del **Pacchetto Prevenzione e Prevenzione Odontoiatrica**, non sono valide nei seguenti casi:

- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- ✗ Infortuni o malattie causati da stato di ubriachezza, tossicodipendenza, dall'effetto di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico;
- ✗ Infortuni avvenuti prima dell'effetto dell'assicurazione
- ✗ Malattie e/o stati patologici a diagnosticati prima dell'effetto dell'assicurazione che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio)
- ✗ Infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni

SEZIONE III - ASSISTENZA non è prestata se il sinistro è conseguenza diretta di:

- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica di automobilismo o motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- ✗ Malattie in atto e/o Infortuni avvenuti prima dell'effetto della Polizza
- ✗ Assunzione di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci a scopo non terapeutico

Le esclusioni sopra elencate non riguardano i servizi dell'**AREA NON ASSICURATIVA**

Per le garanzie della **SEZIONE IV TUTELA LEGALE** non operano riguardo a:

- ✗ Vertenze concernenti il diritto di famiglia, successioni o donazioni
- ✗ Vertenze relative a materia fiscale e/o amministrativa
- ✗ Vertenze con Credemassicurazioni o con l'Intermediario del presente contratto
- ✗ Adesione ad azioni di classe (class action)
- ✗ Difesa penale per abuso di minori



Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previste anche franchigie e limiti parziali di indennizzo. Inoltre, l'assicurazione prevede un limite massimo di età a scadenza di 77 anni. Relativamente agli assicurati che abbiano compiuto i limiti di età assicurabile in corso di contratto, la garanzia vale sino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

CARENZE: Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero, Ricovero, Forfait in caso di Ricovero, Cure odontoiatriche e terapie conservative: 30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la Malattia, 300° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la copertura sul parto.

SEZIONE III - ASSISTENZA: le prestazioni e i servizi sono offerti fino a 3 volte per annualità assicurativa.

SEZIONE IV - TUTELA LEGALE: massimale €10.000 per sinistro, €50.000 annui; carenza di 3 mesi per vertenze contrattuali. I massimali delle garanzie riportati nel modulo di accettazione della proposta sono soggetti a adeguamento automatico alla scadenza annuale, in quanto la polizza è indicizzata.



Dove vale la copertura?

- ✓ **Sezione I** - Spese mediche e **Sezione II** - Pacchetto Dentarie: garanzie sono valide in tutto il mondo.
- ✓ **Sezione III** - Assistenza: le garanzie valgono in tutto il mondo, tranne per: i) invio infermiere; ii) consegna farmaci; iii) invio medico o ambulanza; iv) invio collaboratore domestico che sono erogate solo presso la residenza/domicilio dell'assicurato in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano fatta eccezione per le prestazioni che per loro natura valgono anche all'estero, come, ad esempio, "parere medico complementare".
- ✓ **Sezione IV** - Tutela legale copertura per: i) danni subiti; ii) vertenze contrattuali relative all'acquisto di apparecchiature mediche o supporti medico sanitari; iii) Malpractice medica operano in Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se il sinistro e l'ufficio giudiziario competente si trovano in questi paesi. La garanzia "Istituti o enti pubblici di assicurazioni" è limitata a Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se in questi paesi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario competente.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Eventuali dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ed essere causa di annullamento del contratto.
- Se hai altre assicurazioni che coprono lo stesso rischio, in caso di sinistro, devi darne comunicazione per iscritto a tutti gli Assicuratori inclusa Credemassicurazioni indicando a ciascuno il nome degli altri. L'informazione può essere fornita anche durante la richiesta di rimborso tramite il portale www.blueassistance.it. In caso di omissione dolosa decade il diritto all'indennizzo.
- Infine, se trasferisci la residenza fuori dall'Italia, devi informare immediatamente Credemassicurazioni. Le garanzie terminano alle ore 24:00 del giorno in cui ti sei trasferito.



Quando e come devo pagare?

Il premio, comprensivo di imposte, è annuale e puoi pagarlo in un'unica soluzione o mensilmente (in quest'ultimo caso può essere applicato un aumento del premio). Puoi pagare il premio autorizzando l'addebito diretto sul tuo conto corrente bancario. I premi sono soggetti ad adeguamento automatico alla scadenza annuale, in quanto la polizza è indicizzata. Inoltre, il premio delle garanzie della Sezione I - Spese mediche e Sezione II - Pacchetto Dentarie sono aumentate a ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione dell'età di ciascun Assicurato, sulla base delle percentuali indicate nella relativa tabella.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio e cessano alle ore 24:00 del giorno di scadenza dell'assicurazione. Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo alla sua scadenza. Per gli assicurati che raggiungono il limite di età assicurabile durante il periodo di validità del contratto, le garanzie sono valide fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.



Come posso disdire la polizza?

Hai la facoltà di esercitare il **diritto di recesso**, entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'assicurazione. In caso di recesso, ti viene restituita la parte di premio relativa al rischio non corso ad esclusione delle imposte. Per l'esercizio di tale diritto non è addebitato alcun costo. Per esercitare tale diritto devi inviare, entro i termini predetti, una comunicazione a Credemassicurazioni con le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione (raccomandata A/R, PEC, per il tramite dell'intermediario). Per interrompere il tacito rinnovo, invia la **disdetta** almeno 15 giorni prima della scadenza via raccomandata A/R o consegnandola a mano a Credemassicurazioni o all'intermediario; conta la data di ricezione.

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

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



Prodotto: Salute Protetta by Credemassicurazioni

Data di aggiornamento: 10/02/2026

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Credemassicurazioni S.p.A., Sede Legale e Direzione Generale: Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia); tel.800 27.33.36; sito internet: www.credemassicurazioni.it; e-mail: info@credemassicurazioni.it; PEC: info@pec.credemassicurazioni.it. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n.1.00131. Il patrimonio netto civilistico di Credemassicurazioni al 31 dicembre 2024, ammonta a € 89,0 milioni; il risultato economico di periodo, alla medesima data, ammonta a € 15,6 milioni. L'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 364,2% se consideriamo il Requisito Patrimoniale di Solvibilità e pari al 809,3% se consideriamo il Requisito Patrimoniale Minimo. I dati esposti sono consultabili nella relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (<https://www.credemassicurazioni.it/content/credemassicurazioni/it/home/bilanci-e-SFCR.html>)

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni. Le garanzie offerte da Salute Protetta by Credemassicurazioni sono suddivise in diverse sezioni e possono essere acquistate, in base alle esigenze e ai bisogni dell'Assicurato. Per maggiore dettaglio riguardo alle garanzie acquistabili si veda il paragrafo "SEZIONI" facente parte del capitolo "Introduzione", pagine 1 e 2 di 2 delle "Condizioni di Assicurazione".

Sono operanti solo le garanzie acquistate ed esplicitamente indicate nel modulo di accettazione della proposta, e limitatamente agli Assicurati indicati. L'impegno di Credemassicurazioni è limitato ai massimali concordati.



Che cosa NON è assicurato?

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

SEZIONE I - SPESE MEDICHE;

Credemassicurazioni non presta le garanzie previste dalla Sezione I - Spese Mediche (salvo il Pacchetto Prevenzione) per:

- ✗ Malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione
- ✗ Infertilità, sterilità, impotenza
- ✗ Conseguente di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (ad esempio spedizioni himalayane)
- ✗ 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
- ✗ Terremoti ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.
- ✗ Ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato, divenuto non più autosufficiente, di ricevere assistenza da parte di terzi, per effettuare gli atti più elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).
- ✗ Aborto volontario non terapeutico
- ✗ Le prestazioni sanitarie e le cure delle patologie psichiatriche e dei disturbi psichici in genere e le loro conseguenze
- ✗ Prestazioni sanitarie e gli interventi di carattere estetico aventi finalità estetiche, dimagranti e fitoterapiche
- ✗ Interventi Chirurgici per la correzione di vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- ✗ Parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche
- ✗ Sieropositività da virus H.I.V. (salvo quanto previsto per la garanzia Cura per A.I.D.S.)

SEZIONE II - PACCHETTO DENTARIE

Credemassicurazioni non presta le garanzie previste dalla Sezione II - Pacchetto Dentarie (salvo la Prevenzione Odontoiatrica) per:

- ✗ Malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione
- ✗ Conseguente di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (ad esempio spedizioni himalayane)

- ✗ 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
- ✗ Terremoti ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

SEZIONE III - ASSISTENZA

Credemassicurazioni non presta la garanzia se il sinistro è conseguenza diretta di:

- ✗ Stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari
- ✗ Eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura
- ✗ Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche
- ✗ Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Ubriachezza accertata
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (ad esempio: spedizioni himalayane)

SEZIONE IV - TUTELA LEGALE

Le garanzie di questa sezione non operano per sinistri relativi a:

- ✗ Fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive
- ✗ Attività del settore nucleare, danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, salvo il caso di Sinistri conseguenti a trattamenti medici
- ✗ Fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme
- ✗ Fatti dolosi degli Assicurati
- ✗ Fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente
- ✗ Compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare
- ✗ Costruzione ex novo o trasformazione di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti
- ✗ Fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare
- ✗ Prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, dimagranti e fitoterapiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna da Infortunio, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico
- ✗ Impugnazione di sanzioni amministrative per il pagamento di tasse, tributi, imposte e corrispettivi di pubblici servizi
- ✗ Infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore e dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- ✗ infortuni causati da guida con alcolemia >0,8 g/l o sotto effetto di droghe, secondo gli artt. 186 e 187 del Codice della Strada.
- ✗ Infortuni o Malattie causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato, tossicodipendenza, dall'effetto di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico.
- ✗ Parto, spese legate alla gravidanza nonché le malattie della gravidanza e i ricoveri per parto e puerperio
- ✗ Aborto volontario non terapeutico
- ✗ Prestazioni sanitarie e le cure delle patologie psichiatriche e dei disturbi psichici in genere e le loro conseguenze
- ✗ Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (ad esempio: spedizioni himalayane)
- ✗ Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche

Se l'Assicurato è coinvolto in una Vertenza, Credemassicurazioni non copre le seguenti spese: i) Compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite; ii) Compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale; iii) Compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG; iv) Spese per l'indennità di trasferta; v) Spese di Esecuzione Forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro; vi) Spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria; Imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle Spese di Giustizia; vii) Multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere; viii) Spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali; ix) Spese non concordate con ARAG; x) Ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione; xi) Spese recuperate dalla controparte.

Credemassicurazioni inoltre non copre: i) Nella gestione del Sinistro, le spese sostenute per la Fase Stragiudiziale se non è gestita da ARAG; ii) Le spese sostenute per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.

Ci sono limiti di copertura?

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

SEZIONE I - SPESE MEDICHE - Tabella riassuntiva di franchigie e/o scoperti

Garanzia	Scoperto e/o Franchigia
Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero	Franchigia di 35 € se le visite vengono effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate. Scoperto del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una Struttura Sanitaria non convenzionata.
RICOVERO: Assistenza medica e infermieristica - Rette di degenza - Intervento chirurgico - Cure e protesi dentarie a seguito di neoplasia maligna	Scoperto 30% con un minimo di € 100 se le prestazioni sono effettuate in Strutture Sanitarie non convenzionate o in Strutture Convenzionate in cui il cliente non si faccia riconoscere
Spese precedenti e successive al Ricovero - Trapianto/espanto di organi - Terapie oncologiche	Franchigia di 35 € se le visite/accertamenti vengono effettuati in Strutture Sanitarie Convenzionate. Scoperto del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una Struttura Sanitaria non convenzionata.

SEZIONE II - PACCHETTO DENTARIE

Garanzia	Scoperto
Prevenzione Odontoiatrica	30% se le prestazioni vengono effettuate in Strutture Sanitarie non Convenzionate.
Cure odontoiatriche e terapie conservative	50% se le prestazioni vengono effettuate in Strutture Sanitarie non Convenzionate.

LIMITI DI INDENNIZZO - Sezione I - Spese Mediche: **i) Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero:** massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta **ii) Pacchetto prevenzione:** una volta all'anno assicurativo presso centri convenzionati **iii) Ricovero: Assistenza medica e infermieristica:** massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta (per Assicurato e per anno assicurativo). Per la dialisi, massimo 30 applicazioni per anno assicurativo e per Assicurato; **Rette di degenza:** massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta (per Assicurato e per anno assicurativo); **Intervento chirurgico:** massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta (per Assicurato e per anno assicurativo). **Acquisto di protesi e apparecchi:** € 5.000 per Sinistro; **Cure e protesi dentarie a seguito di neoplasia maligna:** € 5.500; **Vitto e alloggio per accompagnatore:** € 2.000 per Assicurato e per anno assicurativo; **Trasporto dell'assicurato:** € 2.500 per Sinistro; **Spese precedenti e successive al Ricovero:** massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta; **Ricovero all'estero (spese accompagnatore):** € 2.500 per Sinistro; **Trapianto/espianto organi:** Massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta; **Terapie oncologiche:** Massimale indicato sul modulo di Accettazione della Proposta; **Assistenza domiciliare per malattia terminale:** € 11.000 per Sinistro; **Cura per A.I.D.S.:** Forfait di 5.500 €; **Forfait in caso di Ricovero:** 6.000 € per persona e per anno assicurativo.

LIMITI DI INDENNIZZO - Sezione II - **Pacchetto Dentarie: Prevenzione Odontoiatrica:** una volta all'anno assicurativo e per Assicurato; **Cure odontoiatriche e terapie conservative:** una volta all'anno assicurativo e per Assicurato; **Accertamenti diagnostici:** 5 volte per anno assicurativo e per Assicurato; **Cure dentarie da Infortunio:** 1.000 € per anno assicurativo e per Assicurato

SEZIONE III - ASSISTENZA - Invio di un infermiere: la Centrale Operativa si occupa del reperimento e dell'invio del personale infermieristico, con spese a carico di Credemassicurazioni fino a un massimo di € 500 per sinistro.

Trasporto in autoambulanza: la prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Invio di un collaboratore domestico da parte della Centrale Operativa - con spese a carico di Credemassicurazioni per un max 12 ore. in moduli di 4 o 6 ore diurne per un massimo di un mese.

SEZIONE IV - TUTELA LEGALE: le spese legali sono coperte per l'intervento di 1 (un) avvocato per ogni grado di giudizio.



A chi è rivolto questo prodotto?

Salute Protetta by Credemassicurazioni è un prodotto assicurativo destinato alla tutela della salute e dell'integrità fisica della persona e della sua famiglia, che prevede garanzie assicurative per tutelarsi dai rischi relativi agli esborsi, correlati ad accertamenti diagnostici, esami clinici, visite specialistiche, spese sostenute prima, durante e dopo un ricovero o intervento chirurgico. Il prodotto è rivolto alle persone che, al momento della stipula della polizza, hanno meno di 75 anni compiuti.



Quali costi devo sostenere?

Il premio è comprensivo dei costi di intermediazione e che rappresentano il 30% del premio versato (al netto delle imposte).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	È possibile presentare un reclamo all'impresa inviando una comunicazione, in forma scritta e corredata da eventuale documentazione, alla preposta Funzione Reclami di Credemassicurazioni SpA ai seguenti recapiti: Credemassicurazioni SpA - Funzione Reclami, Via Luigi Sani 3, 42121 Reggio Emilia; e-mail: reclami@credemassicurazioni.it oppure compilando l'apposito form presente all'indirizzo internet: https://www.credemassicurazioni.it/content/credemassicurazioni/it/home/segnalazione-reclami.html . La Funzione Reclami di Credemassicurazioni, in conformità alle disposizioni in materia, fornisce riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per questa Polizza le imposte applicate sono: i) Per le garanzie Spese mediche (Sezione I) è applicata l'aliquota d'imposta del 2,5%; ii) Per le garanzie Assistenza (Sezione II) è applicata l'aliquota d'imposta del 10%; iii) Per le garanzie di Tutela Legale (Sezione III) si applica l'aliquota d'imposta del 21,25%.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se sei stato affetto da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si è concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non sei tenuto a fornire informazioni, né a subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica), in merito a questa pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet al seguente link https://www.credemassicurazioni.it/content/credemassicurazioni/it/home/oblio-oncologico.html
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Se prima della stipula o del rinnovo del contratto hai fornito informazioni sul tuo stato di salute relative a patologie oncologiche da cui sei stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si è concluso senza episodi di recidiva, puoi inviare tempestivamente a Credemassicurazioni, o all'intermediario, la certificazione che ti è stata rilasciata, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE E ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



SALUTE PROTETTA BY CREDEMASSICURAZIONI

Contratto di assicurazione per la tutela della salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

da consegnare al potenziale Contraente prima della sottoscrizione del Contratto e da leggere attentamente

INTRODUZIONE

Salute Protetta by Credemassicurazioni è una polizza che tutela te ed eventualmente il tuo *Nucleo Familiare* (fino ad un massimo di sei persone totali) dai rischi di esborsi correlati a prestazioni sanitarie sostenute a seguito di *Infortunio* o *Malattia*. Offre anche copertura per le spese legali necessarie a difendere i tuoi interessi in ambito sanitario.

Se il *Contraente* della *Polizza* è una persona giuridica\ditta individuale, è possibile assicurare una sola persona per *Polizza*.



QUESTO PRODOTTO FA PER TE SE:

- Gli Assicurati hanno meno di 74 anni compiuti alla stipula della polizza
- Vuoi tutelarti per le spese mediche di future patologie
- Hai bisogno di una polizza che integri i servizi forniti del Servizio Sanitario Nazionale



QUESTO PRODOTTO NON FA PER TE SE:

- Hai più di 75 anni
- Vuoi tutelarti per le spese mediche di patologie pregresse (già diagnosticate prima della decorrenza della Polizza)

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il documento è organizzato nel seguente modo:

GLOSSARIO

Indica il significato dei principali termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione e riporta il testo degli articoli del Codice Civile citati.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Sono le norme che regolano la *Polizza* in generale.

SEZIONI

Il prodotto è composto da Sezioni in cui vengono illustrate le garanzie offerte, i rischi esclusi e cosa fare in caso di *Sinistro*.

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

- **SEZIONE I - Spese Mediche**
 - Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero
 - Pacchetto Prevenzione
 - Forfait in caso di Ricovero **alternativo** alla garanzia Ricovero
- **SEZIONE III - Assistenza**
 - Assistenza
- **SEZIONE IV - Tutela Legale**
 - Tutela Legale

GARANZIE AGGIUNTIVE

- **SEZIONE II**
 - Pacchetto Dentarie (dedicato agli Assicurati con età \geq 18 anni)

AREA NON ASSICURATIVA (sempre operante)

- QuraKare

Sono operanti solo le garanzie acquistate e indicate nel modulo di *Accettazione della Proposta* e solo per gli Assicurati indicati.

Ti ricordiamo che il pagamento del *Sinistro* è corrisposto nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli che troverai nelle rispettive Sezioni.

APPENDICI

Sono documenti aggiuntivi alle *Condizioni di Assicurazione*

INFORMAZIONI UTILI

Le parti evidenziate in questo modo sono quelle da leggere attentamente.

HAI BISOGNO DI AIUTO?

Servizio clienti (attivo dal lunedì al giovedì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 17:30, il venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 16:00)

800 - 27.33.36

Per attivare le garanzie di Assistenza
(numero attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno)








800 - 89.69.91
Dall'estero:
0039 011-7425566

DEVI ATTIVARE I SERVIZI DEL QURAKARE?



Con la fotocamera del tuo smartphone, inquadra questo **QR CODE** e segui le istruzioni oppure vai sul sito **www.credemassicurazioni.it**

Indice

GLOSSARIO	1
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	1
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	1
 2 EFFICACIA DELL'ASSICURAZIONE	1
 3 RECESSO E DISDETTA	4
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO	4
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	5
 6 ALTRE INFORMAZIONI	6
 7 COMUNICAZIONI	7
SEZIONE I - SPESE MEDICHE	7
 8 CHE COSA POSSO ASSICURARE	7
 9 CHE COSA NON È ASSICURATO	12
 10 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI	13
 11 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	15
SEZIONE II - PACCHETTO DENTARIE	17
 12 CHE COSA POSSO ASSICURARE	17
 13 CHE COSA NON È ASSICURATO	18
 14 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI	18
 15 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	19
SEZIONE III - ASSISTENZA	20
 16 CHE COSA POSSO ASSICURARE	20
 17 CHE COSA NON È ASSICURATO	22
 18 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI	23
 19 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	23
SEZIONE IV - TUTELA LEGALE	24
 20 CHE COSA POSSO ASSICURARE	24
 21 CHE COSA NON È ASSICURATO	25
 22 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI	26
 23 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	26
AREA NON ASSICURATIVA	28
 24 QURAKARE	28
 25 CHE COSA FARE PER ATTIVARE I SERVIZI DEL QURAKARE	28
APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ	30
APPENDICE 2 - GRAVI PATOLOGIE	32
ALLEGATI	
FAC SIMILE DEL MODULO DI PROPOSTA	

GLOSSARIO

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

ACCETTAZIONE DELLA PROPOSTA

Documento firmato da parte di *Credemassicurazioni* o dall'*Intermediario* che conferma la *Conclusione del Contratto*

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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.

AREA RISERVATA - HOME INSURANCE

Spazio personale sul sito di *Credemassicurazioni* a tua disposizione.

ASSICURATO

La persona fisica, residente in Italia, protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

ARAG

ARAG SE, sede in Viale del Commercio, 59 - 37135 Verona, società alla quale *Credemassicurazioni* ha affidato la gestione delle prestazioni delle garanzie relative alla sezione Tutela Legale.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di *Credemassicurazioni*, alla liquidazione dei *Sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *Strutture Sanitarie Convenzionate* e i *Centri Odontoiatrici Convenzionati* che ha selezionato.

BLUE HEALTH CENTER

Struttura Sanitaria controllata al 100% da *Blue Assistance* S.p.A che eroga le prestazioni sanitarie e mette a disposizione una piattaforma digitale per fruire dei servizi non assicurativi.

CENTRI ODONTOIATRICI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni mediche previste dalla *Polizza*, rese necessarie dallo stato di salute.

CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni mediche previste dalla *Polizza*, rese necessarie dallo stato di salute, in *Forma Diretta*.

CAMBIO DI PRODOTTO

Possibilità del *Contraente* titolare di una polizza Protezione Salute di *Credemassicurazioni* di richiedere, alla scadenza contrattuale, il cambio di prodotto a Salute Protetta by Credemassicurazioni. In tal caso, vale quanto previsto all'art. 2.5 della presente *Polizza*.

CARENZA

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

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *Ricovero*, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance* che eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in *Polizza*.

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il momento in cui ricevi l'*Accettazione della Proposta* firmata da parte di *Credemassicurazioni* o dall'*Intermediario* (quando la firma del contratto avviene tramite il Servizio di "firma elettronica").

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con *Credemassicurazioni*.

CREDEMASSICURAZIONI

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

DAY HOSPITAL

Degenza solo diurna in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *Cartella Clinica*.

DAY SURGERY

Degenza solo diurna in *struttura sanitaria* autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico e documentata da *Cartella Clinica*.

ESECUZIONE FORZATA

Azione forzata del creditore per riscuotere il credito (es: pignoramento).

FASE GIUDIZIALE

La fase della *Vertenza* che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

FASE STRAGIUDIZIALE

La fase della *Vertenza* finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria (es. mediazione e negoziazione assistita).

FORMA DIRETTA

Le prestazioni in forma diretta prevedono che sia *Credemassicurazioni*, per il tramite di *Blue Assistance*, a saldare l'onorario della *Visita Specialistica* o dell'*Accertamento Diagnostico* direttamente alla *Struttura Sanitaria Convenzionata*, lasciando all'*Assicurato* il pagamento della sola *Franchigia*. Per poter accedere alla forma diretta sarà necessario farne richiesta preventiva a *Blue Assistance* tramite *Portale* o contattando la *Centrale Operativa*.

FORMA INDIRECTA

Le prestazioni in forma indiretta prevedono che sia l'*Assicurato* a saldare l'onorario della *Visita Specialistica* o dell'*Accertamento Diagnostico* direttamente alla *Struttura Sanitaria*. L'*Assicurato* dovrà successivamente chiedere il rimborso, a termini di *Polizza*, a *Credemassicurazioni* denunciando il *Sinistro* secondo le modalità previste.

FRANCHIGIA

Parte del danno indennizzabile, indicato con un importo fisso, sul danno totale che rimane a tuo carico e che quindi non viene pagata da *Credemassicurazioni*.

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'Appendice 2.

INDENNIZZO

La somma dovuta da *Credemassicurazioni* a seguito del verificarsi di un *Sinistro*.

INDICE

L'indice delle spese mediche che rappresenta la media dei valori degli indici sanitari ISTAT rilevati e ponderati dall'ISTAT.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERMEDIARIO

Il soggetto che esercita a titolo oneroso l'attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione.

In caso di necessità, ti fornisce assistenza e consulenza tramite gli addetti di filiale oltre agli iscritti alla sezione E del Registro Unico Intermediari (ossia per gli addetti all'attività di distribuzione al di fuori dei locali dell'intermediario).

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *Ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici, con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati *Interventi Chirurgici* anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

Non sono comunque considerati *Interventi Chirurgici*, ancorché effettuati con i predetti strumenti

- Le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte)
- Le iniezioni

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *Infortunio*.

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso diagnosticato all'*Assicurato*.

MALFORMAZIONI – DIFETTI FISICI

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *Polizza*.

MASSIMALE

La somma, indicata nel modulo di *Accettazione della Proposta*, fino alla concorrenza della quale *Credemassicurazioni* presta la garanzia

NON AUTOSUFFICIENZA

Impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, 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

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge, convivente more uxorio e figli conviventi con il *Contraente*, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia.

PERITO

Esperto che svolge un accertamento tecnico (perizia) incaricato da una delle *Parti* della *Vertenza* nella *Fase Stragiudiziale* o *Fase Giudiziale* (CTP consulente tecnico di parte) oppure incaricato dal giudice (CTU consulente tecnico d'ufficio).

POLIZZA

Il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

POLIZZA SOSTITUITA

Polizza oggetto di *Sostituzione di Polizza*.

QURAKARE

Consente all'*Assicurato* di accedere a una serie di servizi resi da *Blue Health Center* per il tramite della stessa, tra le quali anche tariffe scontate presso le strutture convenzionate con *Blue Assistance*. Per fruire del servizio occorrerà connettersi e registrarsi al sito www.blueassistance.it seguire le istruzioni.

PORTALE

Area dedicata sul sito www.blueassistance.it, disponibile dopo la registrazione, che deve essere utilizzata dall'*Assicurato* per: richiedere il rimborso delle garanzie della Sezione I, richiedere le prestazioni in *Forma Diretta*, consultare il network di *Blue Assistance*, richiedere il Pacchetto Prevenzione, accedere alle prestazioni della *Carta Servizi*.

PREMIO

La somma dovuta dal *Contraente* a *Credemassicurazioni* per l'acquisto della *Polizza*.

PRESA IN CARICO

Documento fornito da *Blue Assistance* che permette di accedere ai network convenzionati e che permette l'applicazione della *Forma Diretta* o dell'utilizzo del Pacchetto Prevenzione.

PRESCRIZIONE

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

RECESSO

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

RESIDENZA

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

RICOVERO

Permanenza in *Struttura Sanitaria* con pernottamento o in *Day Hospital - Day Surgery*.

SANZIONE AMMINISTRATIVA

La sanzione prevista per la violazione di una norma giuridica in ambito amministrativo.

SERVIZIO DI “FIRMA ELETTRONICA”

Servizio attivabile da parte del *Contraente* presso l'*Intermediario* per ricevere e/o sottoscrivere, in modalità digitale, la documentazione relativa alla *Polizza*. Per i dettagli relativi alle modalità di attivazione e di utilizzo del Servizio di “Firma Elettronica”, puoi richiedere le condizioni contrattuali all'*Intermediario*.

SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, indicato in percentuale, sul danno totale che rimane a tuo carico e che quindi non viene pagata da *Credemassicurazioni*.

SINISTRO

Evento per cui è prestata la garanzia. Per la Sezione I si considerano sinistro: il *Ricovero*, l'*Intervento Chirurgico*, il *Ricovero domiciliare* o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Possibilità del *Contraente* di richiedere, in qualsiasi momento, di aggiornare le garanzie, i massimali e le somme assicurate della *Polizza*. In tal caso, vale quanto previsto all'art. 2.4 – Sostituzione di *Polizza*.

SPESE DI GIUSTIZIA

Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

SPESE DI SOCCOMBENZA

Le spese che il giudice con la sentenza che chiude il processo pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla parte vittoriosa.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *Day Hospital/Day Surgery*, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera. Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni in *Forma Diretta* (compreso il Pacchetto Prevenzione).

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'*Assicurato* ottenga conferma, contattando il numero verde, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato.

VERTENZA

Il conflitto di pretese tra *Assicurato* e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

VERTENZE CONTRATTUALI

Della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.

VERTENZE EXTRACONTRATTUALE

Un soggetto che, commettendo un fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

VISITA SPECIALISTICA

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

GLOSSARIO GIURIDICO

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

ART. 1892 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

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

ART. 1893 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

“Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.”

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

“Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

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

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'articolo 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 i rispettivi contratti. se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.”

ART. 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Norme comuni a tutte le garanzie



1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

1.1 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il *Contraente* deve fornire a *Credemassicurazioni* le informazioni che possono influire sulla valutazione del rischio in modo preciso e completo. Se non lo fa consapevolmente o con colpa grave su fatti che conosce o potrebbe normalmente conoscere, il contratto può essere annullato e può perdere il diritto all'*Indennizzo* (come previsto dall'articolo 1892 del Codice Civile). Se non lo fa, ma inconsapevolmente o senza colpa grave o su fatti che non conosce e che non poteva verificare, *Credemassicurazioni* può recedere dal contratto (come previsto dall'articolo 1893 del Codice Civile).

Articolo 1893 del Codice Civile: cosa vuol dire?

È importante che dichiari la reale situazione in cui ti trovi per permettere a *Credemassicurazioni* di valutare il rischio e calcolare correttamente il *Premio*. In questo modo possiamo tutelarti al meglio.

In caso di dichiarazioni non esatte *Credemassicurazioni* ha diritto, entro 3 mesi da quando ne è venuta a conoscenza di:

Trattenere i *Premi* versati

- Chiedere l'annullamento del contratto
- Proporre un nuovo prezzo alle nuove condizioni
- In caso di *Sinistro*, pagare parzialmente l'*Indennizzo* o non pagarlo per intero

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

Se il *Contraente* trasferisce la residenza fuori dall'Italia, deve informare immediatamente *Credemassicurazioni*. Le garanzie termineranno alle ore 24:00 del giorno in cui si è trasferito.

Se il *Contraente* non informa *Credemassicurazioni* del trasferimento, fermo restando quanto indicato al paragrafo precedente, deve anche risarcire *Credemassicurazioni* per qualsiasi danno derivante da questa omissione.

1.1 PERSONE ASSICURABILI E LIMITI DI ETÀ

Il *Contraente* di questa *Polizza* deve essere:

- Una persona fisica che, alla data di sottoscrizione, ha un'età compresa tra 18 e 75 anni non compiuti
- Residente in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

Gli *Assicurati* di questa *Polizza* devono essere;

- Una persona fisica che, alla data di sottoscrizione, ha meno 75 anni
- Residente in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

La *Polizza* vale per le persone di età non superiore a 77 anni. Una volta compiuti 77 anni in corso di contratto, la *Polizza* vale fino alla scadenza dell'annualità assicurativa e poi il contratto cesserà.

1.3 PERSONE NON ASSICURABILI

Credemassicurazioni non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate.

Al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste, le garanzie smettono di essere operanti. L'eventuale successivo incasso del *Premio* da parte di *Credemassicurazioni* non costituisce una deroga, infatti, il *Premio* verrà restituito da *Credemassicurazioni*.



2 EFFICACIA DELL'ASSICURAZIONE

2.1 CONCLUSIONE DELLA POLIZZA

Il contratto è concluso nel momento in cui il *Contraente* riceve l'*Accettazione della Proposta*. Per la sottoscrizione della polizza il *Contraente* può utilizzare anche il Servizio di "Firma Elettronica".

2.2 DECORRENZA E DURATA DELLA POLIZZA

Se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati, la *Polizza* è attiva dalle ore 24:00 del giorno di “Decorrenza della *Polizza*” indicato nel modulo di *Accettazione della Proposta*. In alternativa ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del *Premio*. Il contratto ha durata iniziale di un anno.

Se il *Contraente* non paga il *Premio*, la *Polizza* è sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza e riprende validità dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. Restano ferme le successive scadenze e il diritto di *Credemassicurazioni* di ricevere il pagamento dei *Premi* scaduti come previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile.

Articolo 1901 del Codice Civile: cosa vuol dire?

Se il pagamento del *Premio* non va a buon fine entro 15 giorni, la *Polizza* non potrà essere considerata valida e, in caso di *Sinistro*, *Credemassicurazioni* non potrà effettuare alcun *Indennizzo*.

2.3 TACITO RINNOVO DELLA POLIZZA

In assenza di disdetta, la *Polizza* si rinnova automaticamente alla scadenza per un anno e così in seguito per ogni scadenza annuale.

I *Premi* delle garanzie possono essere ricalcolati ad ogni annualità tenendo conto delle variabili tariffarie e normative in vigore alla *Scadenza* della *Polizza*. In questo caso, *Credemassicurazioni*, entro 45 giorni dalla *Scadenza*, invia al *Contraente* una comunicazione con indicato il *Premio* di rinnovo per l'annualità successiva.

Puoi non rinnovare la *Polizza*, inviando la disdetta, come previsto al successivo articolo 3.2 - Disdetta della *Polizza*.

2.4 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Il *Contraente*, in qualsiasi momento, può richiedere la *Sostituzione di Polizza* modificando gli *Assicurati*, le garanzie e i *Massimali* (se previsto). In tal caso, ferma restando la cessazione della *Polizza Sostituita* e l'esclusiva applicabilità di tutte le previsioni della nuova *Polizza* dalla sua data di effetto, vanno considerate anche le seguenti regole aggiuntive:

Garanzie	Carenza	Limite d'Indennizzo
Garanzie già acquistate e confermate	Nessun periodo di <i>Carenza</i> per gli <i>Assicurati</i> già indicati nella <i>Polizza Sostituita</i> e confermati nella nuova <i>Polizza</i> . Per eventuali nuovi <i>Assicurati</i> aggiunti nella nuova <i>Polizza</i> si applicano i periodi di <i>Carenza</i> previsti agli articoli 10.1 e 18.1.	Massimale delle garanzie della nuova <i>Polizza</i>
Garanzie nuove, non precedentemente acquistate	Si applicano i periodi di <i>Carenza</i> previsti agli articoli 10.1 e 18.1	Le <i>Malattie</i> diagnosticate e gli <i>Infortuni</i> occorsi prima della decorrenza della nuova <i>Polizza</i> non daranno diritto all' <i>Indennizzo</i> .

Esempi



- Polizza Salute Protetta by Credemassicurazioni – data effetto 12/05/2023
- *Sostituzione di Polizza* con effetto 28/06/2025 – Il *Contraente* conferma le precedenti garanzie, resta come unico *Assicurato* di polizza e acquista anche la garanzia “Forfait in caso di *Ricovero*”.

Il 01/07/2025, il <i>Contraente</i> e <i>Assicurato</i> viene ricoverato per una notte a seguito di una malattia appena diagnosticata e vuole attivare la garanzia “Forfait in caso di ricovero” che ha appena acquistato.	La patologia è stata diagnosticata nel periodo di <i>Carenza</i> di 30 giorni rispetto alla data di sostituzione e quindi il <i>Sinistro</i> non è in copertura. In caso di <i>Ricovero</i> per <i>Malattie</i> diagnosticate dopo il 28/07/2025, l' <i>Assicurato</i> avrebbe diritto all' <i>Indennizzo</i> del forfait di 2.000 €.
--	--

<p>Il 01/07/2025, il <i>Contraente</i> e <i>Assicurato</i> deve eseguire delle visite mediche per una nuova patologia appena diagnosticata e quindi chiede di attivare la garanzia “Visite specialistiche e <i>Accertamenti Diagnostici</i> non legati al <i>Ricovero</i>”, già acquistata con la <i>Polizza Sostituita</i> e confermata con la nuova <i>Polizza</i></p>	<p>La garanzia “Visite specialistiche e <i>Accertamenti Diagnostici</i> non legati al <i>Ricovero</i>” era già presente nella <i>Polizza Sostituita</i>, pertanto non si applica la <i>Carenza</i>.</p>
<p>Il 01/07/2025 il <i>Contraente</i> e <i>Assicurato</i> esegue un <i>Ricovero</i> a seguito di una patologia che gli è stata diagnosticata a luglio 2023.</p>	<p>L'<i>Assicurato</i> ha acquistato la garanzia “Forfait in caso di <i>Ricovero</i>” in occasione della <i>Sostituzione</i> di <i>Polizza</i>. Dato che la patologia è stata diagnosticata a luglio 2023 e quindi prima della decorrenza della nuova <i>Polizza</i>, il <i>Sinistro</i> non è in copertura.</p>

2.5 CAMBIO DI PRODOTTO DA PROTEZIONE SALUTE A SALUTE PROTETTA BY CREDEMASSICURAZIONI

Se il *Contraente* è già titolare di una polizza “Protezione Salute” di *Credemassicurazioni* e chiede, alla scadenza annuale, il *Cambio di Prodotto* da Protezione Salute alla presente *Polizza*, ferma restando la cessazione alla scadenza di “Protezione Salute” e l'esclusiva applicabilità di tutte le previsioni di cui alla presente *Polizza* dalla sua data di effetto, vanno considerate anche le seguenti regole aggiuntive:

Garanzie	Carenze	Limite d'Indennizzo
<p>Garanzie già acquistate in Protezione Salute e confermate in Salute Protetta by Credemassicurazioni</p>	<p>Nessun periodo di <i>Carenza</i> per gli <i>Assicurati</i> già indicati in Protezione Salute e confermati nella presente <i>Polizza</i>. Per eventuali nuovi <i>Assicurati</i> aggiunti nella presente <i>Polizza</i> si applicano i periodi di <i>Carenza</i> previsti agli articoli 10.1 e 18.1.</p>	<p>Massimale delle garanzie della Polizza Salute Protetta by Credemassicurazioni</p>
<p>Garanzie acquistate su Salute Protetta by Credemassicurazioni e non presenti in Protezione Salute</p>	<p>Si applicano i periodi di <i>Carenza</i> previsti agli articoli 10.1 e 18.1</p>	<p>Le <i>Malattie</i> diagnosticate e gli Infortuni occorsi prima della decorrenza della Polizza Salute Protetta by Credemassicurazioni non daranno diritto all'<i>Indennizzo</i>.</p>

Esempi



- Polizza Protezione Salute – data effetto 12/05/2020
- *Cambio di Prodotto* con Salute Protetta by Credemassicurazioni con effetto 28/06/2025 – Il *Contraente* conferma le precedenti garanzie, resta come unico *Assicurato* di polizza e acquista anche la garanzia “Forfait in caso di *Ricovero*”.

<p>Il 15/07/2025, il <i>Contraente</i> e <i>Assicurato</i> viene ricoverato per una notte a seguito di una malattia appena diagnosticata e vuole attivare la garanzia “Forfait in caso di ricovero” che ha appena acquistato.</p>	<p>La patologia è stata diagnosticata nel periodo di <i>Carenza</i> di 30 giorni e quindi il <i>Sinistro</i> non è in copertura. In caso di <i>Ricovero</i> per <i>Malattie</i> diagnosticate dopo il 28/07/2025, l'<i>Assicurato</i> avrebbe diritto all'<i>indennizzo</i> del forfait di 2.000 €.</p>
<p>Il 01/07/2025, il <i>Contraente</i> e <i>Assicurato</i> deve eseguire delle visite mediche per una nuova patologia appena diagnosticata e quindi chiede di attivare la garanzia “Visite specialistiche e <i>Accertamenti Diagnostici</i> non legati al <i>Ricovero</i>”, già acquistata in Protezione Salute e confermata nella presente <i>Polizza</i>.</p>	<p>La garanzia “Visite specialistiche e <i>Accertamenti Diagnostici</i> non legati al <i>Ricovero</i>” era già presente nella polizza Protezione Salute pertanto non si applica la <i>Carenza</i>.</p>
<p>Il 01/07/2025 il <i>Contraente</i> e <i>Assicurato</i> esegue un <i>Ricovero</i> a seguito di una patologia che gli è stata diagnosticata a gennaio 2023.</p>	<p>L'<i>Assicurato</i> ha acquistato la garanzia “Forfait in caso di <i>Ricovero</i>” in occasione del <i>Cambio Prodotto</i>. Dato che la patologia è stata diagnosticata a gennaio 2023 e quindi prima della decorrenza della <i>Polizza</i> Salute Protetta by Credemassicurazioni, il <i>Sinistro</i> non è in copertura.</p>



3 RECESSO E DISDETTA

3.1 RECESSO

Il *Contraente* può recedere dalla *Polizza* entro 60 giorni dalla data di *Decorrenza*.

Il *Recesso* libera *Credemassicurazioni* e il *Contraente* da qualsiasi obbligazione a partire dalle ore 24:00 del giorno in cui *Credemassicurazioni* riceve il *Recesso*.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento del *Recesso*, è rimborsata al *Contraente* la parte di *Premio* relativa al rischio non corso, al netto delle imposte di legge. *Credemassicurazioni* ha diritto a trattenere il rateo di *Premio* corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Per esercitare il diritto di *Recesso*, il *Contraente* può scegliere tra le seguenti opzioni:

- Inviare una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla sede di *Credemassicurazioni* (fa fede la data di ricezione della raccomandata)
- Inviare una comunicazione al recapito di posta elettronica certificata di *Credemassicurazioni*
- Recarsi presso la filiale dell'*Intermediario* dove ha sottoscritto la *Polizza*

Per l'esercizio del diritto di *Recesso* non sono previsti costi a carico del *Contraente*.

3.2 DISDETTA DELLA POLIZZA

Sia il *Contraente* sia *Credemassicurazioni* possono disdettare la *Polizza*.

La disdetta va inviata mediante lettera raccomandata, spedita:

- Nel caso di disdetta del *Contraente*: a *Credemassicurazioni* o all'*Intermediario* presso il quale è stata sottoscritta la *Polizza*, almeno 15 giorni prima della scadenza della *Polizza*
- Nel caso di disdetta da *Credemassicurazioni*: alla *Residenza* dichiarata del *Contraente*, almeno 15 giorni prima della scadenza della *Polizza*

Il *Contraente* può consegnare la disdetta anche direttamente a mano alla sede di *Credemassicurazioni* o dell'*Intermediario* dove è stata sottoscritta la *Polizza*. In questo caso, fa fede la data di ricezione della comunicazione scritta di disdetta.

La disdetta ha come effetto la chiusura definitiva del rapporto contrattuale alla scadenza annua.

3.3 CESSAZIONE DELLA POLIZZA

La *Polizza* termina anticipatamente alle ore 24:00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- a) Trasferimento della residenza del *Contraente* e/o degli *Assicurati* al di fuori dell'Italia
- b) Ricezione da parte di *Credemassicurazioni* della comunicazione di *Recesso*
- c) Se l'*Assicurato* rientra in uno dei requisiti di cui al precedente art. 1.3 – Persone non assicurabili
- d) Mancato pagamento del *Premio*, come indicato al successivo articolo 4.1 - Pagamento del *Premio*

Al *Contraente* viene restituito il *Premio* versato, al netto delle imposte di legge, relativo al periodo per il quale le garanzie non hanno avuto effetto.

4 INFORMAZIONI SUL PREMIO



4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il *Premio* della *Polizza* è annuale e può essere pagato a *Credemassicurazioni* in un'unica soluzione o mensilmente. Per quest'ultima opzione può essere applicato un aumento di *Premio*.

Gli importi del *Premio* annuo o della prima rata di *Premio*, se scelto il pagamento mensile, sono indicati nel modulo di *Accettazione della Proposta*.

Il pagamento avviene tramite addebito diretto su conto corrente bancario tramite un mandato all'incasso dato dal *Contraente* a *Credemassicurazioni*. Il pagamento effettuato in queste modalità costituisce regolare ricevuta.

4.2 REGIME FISCALE

Per questa *Polizza* le imposte applicate sono le seguenti:

- Per le garanzie Spese mediche (Sezione I) è applicata l'aliquota d'imposta del 2,5%.
- Per le garanzie Assistenza (Sezione II) è applicata l'aliquota d'imposta del 10%.
- Per le garanzie di Tutela Legale (Sezione III) si applica l'aliquota d'imposta del 21,25%.

4.3 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Al fine di mantenere aggiornato il valore delle prestazioni, la *Polizza* è indicizzata. Pertanto le *Franchigie*, i *Massimali* delle garanzie riportate nel modulo di *Accettazione della Proposta* e i relativi *Premi* sono adeguati automaticamente alla scadenza annuale.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- Al termine “*Indice Base*”: l'*Indice* relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della *Polizza* o dell'ultima modifica contrattuale
- Al termine “*Nuovo Indice*”: l'*Indice* relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di *Premio*

si conviene che, *Franchigie*, *Massimali* ed i relativi *Premi* saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra “*Nuovo Indice*” e “*Indice Base*”.

Nell'ipotesi in cui non fosse più operativo l'Indice Spese Mediche, Credemassicurazioni si riserva di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del Premio. In tal caso, Credemassicurazioni comunica la variazione al Contraente almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

4.4 AUMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

I *Premi* delle garanzie della Sezione I (Spese Mediche) e della Sezione II (Pacchetto Dentarie) sono aumentati ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali indicate nelle tabelle riportate nell'Appendice 1 alle presenti Condizioni di Assicurazione. L'importo così ottenuto è indicizzato come previsto nell'articolo 4.3 - Indicizzazione del contratto.



5 DOVE VALE LA COPERTURA

5.1 DOVE VALE LA COPERTURA

Il *Sinistro*, per rientrare in copertura e poter essere indennizzato, deve avvenire nei seguenti luoghi:

	SEZIONE I	Le coperture Spese Mediche sono operanti in tutto il mondo
	SEZIONE II	Le coperture del Pacchetto Dentarie sono operanti in tutto il mondo
	SEZIONE III	Le garanzie Assistenza valgono in tutto il mondo, tranne le seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> • Invio di un infermiere • Consegna farmaci • Invio di un medico generico o di un'ambulanza • Invio di un collaboratore domestico che vengono erogate solo presso la <i>Residenza/domicilio dell'Assicurato</i>



SEZIONE IV

Le garanzie di **Tutela Legale**:

- Danni subiti
- Vertenze contrattuali relative all'acquisto di apparecchiature mediche o supporti medico sanitari
- Malpractice medica

operano in Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se in questi paesi avviene il *Sinistro* e si trova l'ufficio giudiziario competente, tranne per la garanzia "Istituti o enti pubblici di assicurazioni" che opera in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se in questi paesi avviene il *Sinistro* e si trova l'ufficio giudiziario competente

6 ALTRE INFORMAZIONI



6.1 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto ciò che non è regolato, valgono le norme di legge.

6.2 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato *Sinistro* come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile.

Articolo 2952 del Codice Civile: cosa vuole dire?

Per il prodotto Salute Protetta by Credemassicurazioni l'*Assicurato* può chiedere l'*Indennizzo* a *Credemassicurazioni* entro 2 (due) anni da quando si è verificato il *Sinistro*.

6.3 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per le controversie relative ai contratti di assicurazione è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del *Contraente* o dell'*Assicurato*.

Le controversie sull'indennizzabilità del *Sinistro* o sulla misura degli *Indennizzi* relativi alle coperture Spese Mediche (Sezione I), possono essere decisi, su accordo delle parti e in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

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

B. Arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla *Residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale

6.5 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* e/o l'*Assicurato* devono tempestivamente comunicare per iscritto a *Credemassicurazioni* l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di *Sinistro* il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile. È possibile indicare la presenza di altre assicurazioni anche durante la richiesta di rimborso inserita tramite il *Portale* sul sito www.blueassistance.it



7 COMUNICAZIONI

7.1 COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE

Tutte le comunicazioni del *Contraente* a *Credemassicurazioni* dovranno essere indirizzate a:

Credemassicurazioni S.p.A.

Via Luigi Sani, 3 – 42121 Reggio Emilia (RE) - ITALIA

e-mail: info@credemassicurazioni.it

Posta Elettronica Certificata (PEC): info@pec.credemassicurazioni.it

7.2 INFORMATIVA AL CONTRAENTE

Durante la durata della *Polizza*, *Credemassicurazioni* invia le informazioni all'indirizzo di residenza del *Contraente* o all'indirizzo mail indicato nel modulo di *Accettazione della Proposta*.

7.3 AREA RISERVATA – HOME INSURANCE

Sul sito internet di *Credemassicurazioni* (www.credemassicurazioni.it), l'*Assicurato* può accedere all'*Area Riservata* per:

- Visualizzare le coperture assicurative in essere
- Scaricare le condizioni dei prodotti sottoscritti
- Verificare lo stato dei pagamenti e le relative scadenze
- Richiedere la modifica dei dati personali
- Richiedere il pagamento del premio successivo al primo
- Inoltrare la denuncia di un *Sinistro*

L'accesso richiede credenziali personali fornite da *Credemassicurazioni* al primo accesso, senza costi aggiuntivi.

SEZIONE I – SPESE MEDICHE



8 CHE COSA POSSO ASSICURARE

8.1 RISCHIO ASSICURATO

Le **garanzie** sono prestate **solo se espressamente richiamate** nel modulo di *Accettazione della Proposta* e per gli *Assicurati* indicati.

8.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI NON LEGATI AL RICOVERO (SEMPRE OPERANTE)

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

- *Accertamenti Diagnostici* resi necessari da *Malattia* o *Infortunio* e prescritti dal medico curante\di base\del pronto soccorso (con indicato il quesito patologico per cui è necessario l'*Accertamento Diagnostico*)
- *Trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *Infortunio* e prescritti dal medico curante\di base\del pronto soccorso (con indicato il quesito patologico per cui sono necessari i *Trattamenti di fisiokinesiterapia*)
- Onorari medici per *Visite Specialistiche* rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* (con indicato il quesito patologico per cui è necessaria la *Visita Specialistica*)

A. Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate

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


- **Con una *Franchigia* di € 35 in caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie Convenzionate* richiedendo, preventivamente a *Blue***

Assistance, il documento di *Presa in Carico* attraverso il *Portale* di *Blue Assistance* oppure attraverso la *Centrale Operativa*


- Con uno *Scoperto* del 30% con il minimo di € 35, in caso di utilizzo di una *Struttura Sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance*

Per le prestazioni effettuate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, *Credemassicurazioni* rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato (ticket).

Esempio di Sinistro in cui la garanzia è valida:

	<p>L'Assicurato ha degli strani puntini rossi sul braccio. Il suo medico di base gli prescrive una visita dermatologica con sospetto patologico "dermatite". Il costo della visita dermatologica in struttura privata è di €150.</p>	<p>In una struttura convenzionata, il cliente paga solo €35 di <i>Franchigia</i>. Se il cliente preferisce una struttura non convenzionata, paga €150 e poi dovrà chiedere il rimborso tramite il <i>Portale</i> www.blueassistance.it. L'importo rimborsato sarà di € 105 (lo <i>Scoperto</i> del 30% su €150 è di €45)</p>
--	--	--

Esempio di un Sinistro in cui la garanzia non è valida:

	<p>L'Assicurato, che ha strani puntini rossi su un braccio, prende appuntamento diretto con un dermatologo.</p>	<p>La garanzia non è operante in quanto manca la prescrizione medica con l'indicazione del sospetto patologico.</p>
---	---	---

B. Massimale

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *Massimale* indicato nel modulo di *Accettazione della Proposta* ed è da intendersi per Assicurato e per anno assicurativo.

8.3 PACCHETTO PREVENZIONE

La garanzia offre una serie di *Accertamenti Diagnostici* a scopo preventivo che l'Assicurato può svolgere una volta all'anno assicurativo. In alternativa agli accertamenti, l'Assicurato può richiedere, sempre una volta all'anno assicurativo, una visita specialistica tra quelle sotto indicate.

Le spese per gli *Accertamenti Diagnostici* o la *Visita Specialistica* alternativa sono sostenute da *Credemassicurazioni*.

Se l'Assicurato effettua anche un solo *Accertamento Diagnostico* non può chiedere una successiva visita specialistica e viceversa.

Gli esami del pacchetto prevenzione prevedono i seguenti *Accertamenti Diagnostici*:

- A. Per gli Assicurati fino a 1 anno di età:
 - Consulto ostetrico per l'allattamento - il consulto viene offerto alla madre
- B. Per gli Assicurati con età superiore a un anno e inferiore a 3 anni:
 - Screening uditivo pediatrico
 - Visita logopedica
 - Visita nutrizionistica
 - Esami di laboratorio: emocromo completo con forma leucocitaria, ferritina, sideremia e vitamina D
- C. Per gli Assicurati con età superiore a 3 anni e fino ai 5 anni:
 - Visita oculistica
 - Visita dermatologica
 - Visita allergologica
- D. Per gli Assicurati con età superiore a 5 anni e fino ai 13 anni:
 - Esami di laboratorio: emocromo, glicemia, anticorpi anti-endomisio, anticorpi antigliadina IGA e IGG e anticorpi antitransglutaminasi
 - E, a scelta dell'Assicurato, 2 tra le seguenti visite specialistiche:
 - Visita oculistica
 - Visita dermatologica
 - Visita allergologica
 - Visita ortopedica

E. Per gli *Assicurati* con età superiore a 13 anni e fino ai 18 anni:

- Esami di laboratorio: glicemia, azotemia, velocità di sedimentazione delle emazie (VES), colesterolo totale o colesterolemia, creatininemia, aspartato aminotransferasi (AST o GOT) o alanina aminotransferasi (ALT o GPT), trigliceridi, colesterolo HDL e LDL, tempo di protrombina (PT), tempo di protrombina parziale (PTT), gamma glutamil transpeptidasi (GAMMA GT), emocromocitometrico e morfologico (HB, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari DER. F.L.), esame chimico e microscopico completo delle urine, ricerca sangue occulto nelle feci (qualsiasi metodica)
- Visita ginecologica (per le *Assicurate*) o visita urologica (per gli *Assicurati*)
- E, a scelta dell'*Assicurato*, 2 tra le seguenti visite specialistiche:
 - Visita dermatologica
 - Visita ortopedica
 - Visita fisiatrica

F. Per gli *Assicurati* con età superiore a 18 anni:

- Esami di laboratorio: glicemia, azotemia, velocità di sedimentazione delle emazie (VES), colesterolo totale o colesterolemia, creatininemia, aspartato aminotransferasi (AST o GOT) o alanina aminotransferasi (ALT o GPT), trigliceridi, colesterolo HDL e LDL, tempo di protrombina (PT), tempo di protrombina parziale (PTT), gamma glutamil transpeptidasi (GAMMA GT), emocromocitometrico e morfologico (HB, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari DER. F.L.), esame chimico e microscopico completo delle urine, ricerca sangue occulto nelle feci (qualsiasi metodica)
- E.C.G. di base
- Ecografia addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)
- Densitometria ossea total body compresa eventuale morfometria
- Visita dermatologica
- Visita ortopedica
- Visita fisiatrica
- Per le *Assicurate*:
 - Visita ginecologica comprensiva di ecografia transvaginale con eventuale colordoppler, citologico per diagnostica tumorale (PAP TEST) o citologico endocervicale e striscio batteriologico vaginale
 - Ecografia mammaria bilaterale
- Per gli *Assicurati*:
 - Visita urologica
 - Antigene prostatico (PSA) e antigene prostatico specifico libero PSA (FREE PSA) - per gli *Assicurati* che hanno più di 50 anni

In alternativa agli Accertamenti Diagnostici suindicati, l'*Assicurato* può eseguire una Visita Specialistica a scelta tra le seguenti:

- Visita dermatologica e controllo nevi
- Visita cardiologica comprensiva di E.C.G. di base
- Visita oculistica
- Visita ginecologica comprensiva di ecografica transvaginale
- Visita urologica comprensiva di ecografia prostatica, vescicale e sovrapubica
- Visita ortopedica
- Visita fisiatrica

Gli *Accertamenti Diagnostici* o la *Visita Specialistica* devono essere effettuati esclusivamente presso **le Strutture Convenzionate con Blue Assistance**, previa richiesta di *Presa in Carico a Blue Assistance* sul Portale www.blueassistance.it.

Ciascun Assicurato può effettuare gli Accertamenti Diagnostici o la Visita Specialistica alternativa una sola volta per anno assicurativo.

Esempio di Sinistro in cui la garanzia è valida:



L'*Assicurato*, tramite il sito www.blueassistance.it, prenota gli esami del pacchetto prevenzione in una *Struttura Convenzionata*

Le spese per gli esami previsti dal pacchetto prevenzione sono a carico di *Credemassicurazioni*.

Esempio di un Sinistro in cui la garanzia non è valida:

L'Assicurato prenota degli esami a scopo preventivo e invia a *Credemassicurazioni* le fatture delle prestazioni.

Le spese per gli esami non sono in copertura in quanto non è stato seguito il percorso di prenotazione.

8.4 RICOVERO**A. RICOVERO**

In caso di *Ricovero* o intervento chirurgico reso necessario da *Malattia* o da *Infortunio* indennizzabili a termini di polizza, *Credemassicurazioni* paga, con i limiti indicati nel successivo articolo 10.1 - Limiti di *Indennizzo*, *Carenze*, *Franchigie e/o Scoperti*, le spese sostenute dall'Assicurato per:

1. Assistenza medica e infermieristica, cure, Trattamenti di *fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *Accertamenti Diagnostici*
2. Rette di degenza
3. Intervento chirurgico. Sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *Infortunio*, comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico
4. Cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna
5. Vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *Struttura Sanitaria*
6. Trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo alla *Struttura Sanitaria*, da una *Struttura Sanitaria* ad un'altra e per il ritorno alla propria residenza/domicilio, se richiesto con certificazione medica

B. PARTO

In caso di *Ricovero* per parto, naturale o cesareo, *Credemassicurazioni*, con i limiti indicati nel successivo articolo 10.1 - Limiti di *Indennizzo*, *Carenze*, *Franchigie e/o Scoperti*, paga le spese indicate alla lettera A di questo articolo.

Credemassicurazioni paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 300 per tutto il periodo suindicato.

Le spese successive al *Ricovero* per parto sono escluse.

C. SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Credemassicurazioni, con i limiti indicati nel successivo articolo 10.1 - Limiti di *Indennizzo*, *Carenze*, *Franchigie e/o Scoperti*, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a un *Ricovero* o un *Intervento Chirurgico* reso necessario da *Infortunio* o *Malattia*, per:

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

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

D. RICOVERO ALL'ESTERO

In caso di *Ricovero* all'estero reso necessario da *Malattia* o da *Infortunio*, *Credemassicurazioni* paga, con i limiti indicati nel successivo articolo 10.1 - *Limiti di Indennizzo*, *Carenze*, *Franchigie e/o Scoperti*, le spese sostenute dall'accompagnatore dell'Assicurato per il viaggio in treno o in aereo di linea e, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, quelle per il vitto ed il pernottamento in struttura alberghiera.

E. TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

Credemassicurazioni paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'Assicurato. Se l'Assicurato è ricevente *Credemassicurazioni* paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

F. TERAPIE ONCOLOGICHE

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

G. ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *Malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la *Non Autosufficienza*, *Credemassicurazioni* paga, con i limiti indicati nel successivo articolo 10.1 - *Limiti di Indennizzo, Carenze, Franchigie e/o Scoperti*, le spese sostenute dall'*Assicurato* per assistenza medica e infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *Strutture Sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute o, in alternativa, a scelta dell'*Assicurato*, assistenza infermieristica professionale a domicilio.

H. CURA PER A.I.D.S.

Se l'*Assicurato*, non sieropositivo alla data di effetto dell'assicurazione, contrae l'A.I.D.S. e la *Malattia* risulti, da documentazione ospedaliera, in fase conclamata, *Credemassicurazioni*, prima di cessare la *Polizza* così come previsto dall'articolo 3.3 - *Cessazione della Polizza*, mette a disposizione dell'*Assicurato* una somma di € 5.500. Il diritto all'indennità è di carattere personale dell'*Assicurato* e, quindi, non è trasmissibile agli eredi.

A. Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate

Le spese relative alle prestazioni della sezione *Ricovero* sono rimborsate:

- Integralmente, se effettuate in *Strutture Sanitarie Convenzionate* a seguito della presentazione del documento di *Presa in Carico*
- Integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale
- Con l'applicazione di uno *Scoperto* del 30% con il minimo di € 35 per *Sinistro*, se effettuate in *Strutture Sanitarie* non convenzionate o in strutture convenzionate in cui il cliente non si faccia riconoscere come *Assicurato* che si avvale del network di *Blue Assistance*.

B. Massimale

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *Massimale* indicato nel modulo di *Accettazione della Proposta* ed è per *Assicurato* e per anno assicurativo.

Esempio di Sinistro in cui la garanzia è valida:



L'*Assicurato*, durante una partita di calcetto, si rompe un ginocchio e ha bisogno di un *Intervento Chirurgico*. Deve effettuare alcuni esami prima dell'intervento che svolge tramite il Servizio Sanitario Nazionale e delle sessioni di fisioterapia per i 45 giorni successivi all'operazione che decide di effettuare in un centro convenzionato. Dopo l'intervento, carica le fatture di spesa sul *Portale*.

I costi degli esami svolti tramite SSN e della fisioterapia effettuata in un centro convenzionato vengono rimborsati totalmente.

Esempio di un Sinistro in cui la garanzia non è valida:



L'*Assicurato*, durante una partita di calcetto cade e si rompe un dente.

Le spese sostenute per le cure dentarie da *infortunio* non sono presenti in questa garanzia.

8.5 FORFAIT IN CASO DI RICOVERO

Credemassicurazioni corrisponde all'*Assicurato* un *Indennizzo* forfettario in caso di ricovero reso necessario da *Infortunio* o *Malattia*:

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

- € 2.000, in caso di *Ricovero* con almeno un pernottamento reso necessario da *Infortunio* o *Malattia* diversi da *Grave Patologia*
- € 600, in caso di *Day Hospital*, *Day Surgery* e intervento ambulatoriale resi necessari da *Infortunio* o *Malattia* diversi da *Grave Patologia*

- € 6.000, in caso di *Ricovero* o *Intervento Chirurgico* resi necessari da *Grave Patologia* (elenco delle *Gravi Patologie* disponibili nell'Appendice 2)

Per ogni serie di *Day Hospital* comprovata da unica *Cartella Clinica*, l'indennità per *Ricovero* viene corrisposta una sola volta.

Esempio di Sinistro in cui la garanzia è valida:



L'Assicurato viene ricoverato due notti in ospedale a seguito di appendicite. Tornato a casa, il cliente carica su *Portale la Cartella Clinica*.

L'Assicurato ha diritto al forfait di € 2.000

Esempio di un Sinistro in cui la garanzia non è valida:



L'Assicurato non si sente molto bene e si reca al pronto soccorso dove rimane alcune ore in osservazione per poi essere rimandato a casa.

L'Assicurato non ha diritto ad alcun *Indennizzo*.

9 CHE COSA NON È ASSICURATO



9.1 RISCHI ESCLUSI

Credemassicurazioni **non** presta le garanzie previste dalla Sezione I, salvo le prestazioni del Pacchetto Prevenzione, per:

- *Infortuni* causati dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- *Infortuni* causati dalla guida di veicoli in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche, quando l'alcoemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni
- *Infortuni* o *Malattie* causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato, tossicodipendenza, dall'effetto di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico


Conseguenze di:

- **Infortuni avvenuti prima dell'effetto dell'assicurazione**
- **Malattie e/o stati patologici noti o diagnosticati all'Assicurato, che abbiano reso necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione**
- **Malformazioni o Difetti Fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione**
- Aborto volontario non terapeutico
- Le prestazioni sanitarie e le cure delle patologie psichiatriche e dei disturbi psichici in genere e le loro conseguenze
- Prestazioni sanitarie e gli interventi di carattere estetico aventi finalità estetiche, dimagranti e fitoterapiche
- *Interventi Chirurgici* per la correzione di vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- Parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche
- Prestazioni sanitarie e cure per Infertilità, sterilità, impotenza
- Sieropositività da virus H.I.V. (salvo quanto previsto all'articolo 8.4 - H - Cura per A.I.D.S.)

Infortuni che siano conseguenza di:

- Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (ad esempio: 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
- Terremoti ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano
- *Ricoveri* dovuti alla necessità dell'Assicurato, divenuto non più autosufficiente, di ricevere assistenza da parte di terzi, per effettuare gli atti più elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

Esempio di un Sinistro in cui la garanzia non è valida:

	L'Assicurato è, già da diversi anni, diabetico. Dopo la stipula della polizza deve eseguire delle prestazioni mediche relative al diabete.	Trattandosi di una patologia diagnosticata prima della sottoscrizione della polizza, le coperture non sono operanti.
---	--	---



10 LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

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

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

Garanzia	Carenza
Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero	30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la sola <i>Malattia</i> . Non è prevista alcuna <i>Carenza</i> per gli <i>Infortuni</i> e l'aborto post-traumatico
Pacchetto Prevenzione	Non è prevista alcuna <i>Carenza</i>
Ricovero	30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la sola <i>Malattia</i> . 300° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la copertura sul parto Non è prevista alcuna <i>Carenza</i> per gli <i>Infortuni</i> e l'aborto post-traumatico
Forfait in caso di Ricovero	30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la sola <i>Malattia</i> . Non è prevista alcuna <i>Carenza</i> per gli <i>Infortuni</i> e l'aborto post-traumatico per gli <i>Infortuni</i> e l'aborto

Garanzia	Scoperto e/o Franchigia	Limite di Indennizzo
Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero	<i>Franchigia</i> di 35 € se le visite\accertamenti vengono effettuati in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i> . <i>Scoperto</i> del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una <i>Struttura Sanitaria</i> non convenzionata con <i>Blue Assistance</i> . Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> se l'esame è eseguito tramite il Servizio Sanitario Nazionale	<i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i> (valido per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo)
Pacchetto Prevenzione	-	Una sola volta all'anno assicurativo ed esclusivamente presso centri convenzionati con <i>Blue Assistance</i>
Ricovero		
A.1 - Assistenza medica e infermieristica	Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> per prestazioni in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i> a seguito della presentazione del documento di <i>Presa in Carico</i> o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale <i>Scoperto</i> 30% con un minimo di € 100 se le prestazioni sono effettuate in <i>Strutture Sanitarie</i> non convenzionate o in <i>Strutture Convenzionate</i> in cui il cliente non si faccia riconoscere come <i>Assicurato</i> che si avvale del network di <i>Blue Assistance</i>	<i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i> (valido per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo) Per la dialisi, massimo 30 applicazioni per anno assicurativo e per <i>Assicurato</i>

A.2 – Rette di degenza	<p>Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> per prestazioni in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i> a seguito della presentazione del documento di <i>Presa in Carico</i> o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale</p> <p><i>Scoperto</i> 30% con un minimo di € 100 se le prestazioni sono effettuate in <i>Strutture Sanitarie</i> non convenzionate o in <i>Strutture Convenzionate</i> in cui il cliente non si faccia riconoscere come <i>Assicurato</i> che si avvale del network di <i>Blue Assistance</i></p>	<p><i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i> (valido per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo)</p>
A.3 – Intervento chirurgico	<p>Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> per prestazioni in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i> a seguito della presentazione del documento di <i>Presa in Carico</i> o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale</p> <p><i>Scoperto</i> 30% con un minimo di € 100 se le prestazioni sono effettuate in <i>Strutture Sanitarie</i> non convenzionate o in <i>Strutture Convenzionate</i> in cui il cliente non si faccia riconoscere come <i>Assicurato</i> che si avvale del network di <i>Blue Assistance</i></p>	<p><i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i> (valido per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo)</p> <p>Acquisto di protesi e apparecchi: massimo di € 5.000 per Sinistro.</p>
A.4 – Cure e protesi dentarie a seguito di neoplasia maligna	<p>Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> per prestazioni in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i> a seguito della presentazione del documento di <i>Presa in Carico</i> o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale</p> <p><i>Scoperto</i> 30% con un minimo di € 100 se le prestazioni sono effettuate in <i>Strutture Sanitarie</i> non convenzionate o in <i>Strutture Convenzionate</i> in cui il cliente non si faccia riconoscere come <i>Assicurato</i> che si avvale del network di <i>Blue Assistance</i></p>	<p>Massimale di € 5.500</p>
A.5 – Vitto e pernottamento per accompagnatore	-	<p>Massimo di € 2.000 per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo</p>
A.6 – Trasporto dell'Assicurato	-	<p>Massimale di € 2.500 per Sinistro.</p>
B - Parto	-	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale per parto naturale 3.000 € • Massimale per parto cesareo 6.000 € • Forfait per parto in SSN 1.500 € • Massimale per le spese relative alle prestazioni dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto € 300 per tutto il periodo suindicato
C – Spese precedenti e successive al Ricovero	<p><i>Franchigia</i> di 35 € se le visite\accertamenti vengono effettuati in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i>.</p> <p><i>Scoperto</i> del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una <i>Struttura Sanitaria</i> non convenzionata con <i>Blue Assistance</i>.</p> <p>Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> se l'esame è eseguito tramite il Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p><i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i></p>
D - Ricovero all'estero (spese per l'accompagnatore)	-	<p><i>Massimale</i> di € 2.500 per Sinistro</p>

E - Trapianto/ espianto di organi	<p><i>Franchigia</i> di 35 € se le visite\accertamenti vengono effettuati in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i>.</p> <p><i>Scoperto</i> del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una <i>Struttura Sanitaria</i> non convenzionata con <i>Blue Assistance</i>.</p> <p>Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> se l'esame è eseguito tramite il Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p><i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i></p>
F - Terapie oncologiche	<p><i>Franchigia</i> di 35 € se le visite\accertamenti vengono effettuati in <i>Strutture Sanitarie Convenzionate</i>.</p> <p><i>Scoperto</i> del 30%, con un minimo di 35 €, in caso di utilizzo di una <i>Struttura Sanitaria</i> non convenzionata con <i>Blue Assistance</i>.</p> <p>Non sono previsti <i>Scoperti</i> o <i>Franchigie</i> se l'esame è eseguito tramite il Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p><i>Massimale</i> indicato sul modulo di <i>Accettazione della Proposta</i></p>
G - Assistenza domiciliare per malattia terminale	-	Massimale di € 11.000 per <i>Sinistro</i>
H - Cura per A.I.D.S.	-	Forfait di 5.500 €
Forfait in caso di <i>Ricovero</i>	<p>Non è previsto alcuno <i>Scoperto</i></p> <p>Non è prevista alcuna <i>Franchigia</i></p>	6.000 € per persona e per anno assicurativo



11 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

11.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

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

Se per lo stesso rischio sono stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *Sinistro* a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'*Assicurato* deve:

- Sottoporsi, anche in fase di *Ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da *Credemassicurazioni* o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione necessaria
- Produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato

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

11.2 FORMA DIRETTA E INDIRETTA

Le spese per prestazioni sanitarie in alcuni casi vengono pagate direttamente da *Credemassicurazioni* (*Forma Diretta*), mentre in altri casi devono essere anticipate dall'*Assicurato* e vengono successivamente rimborsate (*Forma Indiretta*). Le casistiche sono indicate nei paragrafi seguenti:

A) UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Per accedere all'utilizzo di *Strutture Sanitarie Convenzionate* occorre che l'*Assicurato* **effettui la registrazione sul Portale sul sito www.blueassistance.it** allegando la prescrizione medica **indicante la patologia o il sospetto patologico** (tranne per il "Pacchetto Prevenzione") che rende necessaria la prestazione e indicando la ***Struttura Sanitaria Convenzionata*** presso cui l'*Assicurato* vuole rivolgersi.

Sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it è necessario cliccare su "Nuova richiesta di diretta", scegliere l'*Assicurato*, la struttura convenzionata presso la quale effettuare gli esami e la data di effettuazione della prestazione, concordata

preventivamente con la struttura convenzionata prescelta.

Successivamente, viene inviato il modulo di *Presa in Carico* e *l'Assicurato*, al momento della fruizione della prestazione, deve versare alla struttura il solo importo della *Franchigia* prevista per la garanzia (tranne per il "*Pacchetto Prevenzione*").

In alternativa, *l'Assicurato* deve contattare telefonicamente il numero verde 800 – 89.69.91 almeno tre giorni lavorativi prima della data della prestazione e ottenere l'autorizzazione al pagamento diretto.

In mancanza di una delle modalità sopra descritte le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

B) UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE

L'Assicurato che utilizza *Strutture Sanitarie* e medici non convenzionati o *Strutture Sanitarie Convenzionate* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

1. **Denunciare il sinistro tramite l'apposito Portale sul sito www.blueassistance.it**, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate. La documentazione di spesa deve essere accompagnata da certificazione della *Struttura Sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette fatture (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni)
2. Fornire:
 - a. **In caso di Ricovero**, copia della *Cartella Clinica* completa integrata eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria
 - b. **In caso di intervento chirurgico senza Ricovero**, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria
 - c. Per le **Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici** non legati al *Ricovero*, *l'Assicurato* deve inoltrare la prescrizione medica indicante la patologia o il sospetto patologico che ha reso necessaria la prestazione

C) SPESE PRECEDENTI AL RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti al *Ricovero* o all'intervento chirurgico non possono essere fruite in *Forma Diretta* e vengono rimborsate all'*Assicurato* con le regole e i limiti previsti dalla garanzia.

D) RICOVERO ALL'ESTERO

1. *Ricovero* o intervento chirurgico programmato

La possibilità di accedere all'utilizzo di *Strutture Sanitarie Convenzionate* e di usufruire della *Forma Diretta* è condizionata alla preventiva telefonata da parte dell'*Assicurato* al numero verde almeno 10 giorni lavorativi prima della data del *Ricovero* o dell'intervento chirurgico affinché verifichi l'effettiva esistenza dell'accordo con la struttura sanitaria. Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Credemassicurazioni* paga direttamente sia la struttura sanitaria sia i medici. *L'Assicurato* deve acquisire personalmente la *Cartella Clinica* presso la struttura sanitaria e fornirla a *Credemassicurazioni*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *Cartella Clinica*.

2. *Ricovero* per *Malattia Improvvisa* o *Infortunio*

Per i *Ricoveri* all'estero resi necessari da *Malattia Improvvisa* o da *Infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese che *l'Assicurato* dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di scoperti e franchigie. Per *Malattia Improvvisa* si intende una *Malattia* di acuta insorgenza di cui *l'Assicurato* non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'*Assicurato*.

E) PACCHETTO PREVENZIONE

È possibile effettuare gli esami diagnostici previsti dalla garanzia "*Pacchetto Prevenzione*" solamente presso una *Struttura Sanitaria Convenzionata* con *Blue Assistance*. *Credemassicurazioni* provvede al pagamento diretto delle spese relative al pacchetto prevenzione.

La possibilità di effettuare tali esami o la *Visita Specialistica* alternativa è condizionata alla preventiva richiesta inserita sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it

Eventuali spese sostenute per fruire di esami diagnostici o visite specialistiche con modalità difformi da quelle suindicate, non verranno rimborsate.

Ciascun Assicurato può effettuare gli Accertamenti Diagnostici o la Visita Specialistica alternativa prevista dalla garanzia una volta per anno assicurativo.

F) FORFAIT IN CASO DI RICOVERO

L'Assicurato deve:

- Dare, appena possibile, avviso del *Sinistro* a *Credemassicurazioni* allegando prescrizione medica **indicante la patologia o il sospetto patologico** che rende necessaria la prestazione tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it
- Fornire, in caso di *Ricovero*, copia della *Cartella Clinica* completa o, in caso di *Intervento Chirurgico* senza *Ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria

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

11.3 DATA DEL SINISTRO

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

Credemassicurazioni, nei limiti del *Massimale*, paga l'*Indennizzo* previsto in *Polizza* indipendentemente dal fatto che le spese siano state sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *Sinistro* e comunque non oltre un anno dalla scadenza della *Polizza*.

Se la *Polizza* è sostituita da copertura analoga presso altro assicuratore, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non sono più a carico di *Credemassicurazioni*.

11.4 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Il *Contraente* e l'Assicurato si danno reciprocamente atto che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità in relazione alle prestazioni e alle modalità relative alla loro esecuzione fornite dalle *Strutture Sanitarie* e dai medici chirurghi con essa convenzionati.

La parti si danno altresì atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali indicate nel presente contratto devono 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 suddetti servizi.

SEZIONE II – PACCHETTO DENTARIE



12 CHE COSA POSSO ASSICURARE

12.1 RISCHIO ASSICURATO

Credemassicurazioni tutela l'Assicurato, alle condizioni indicate nei successivi articoli, in caso di *Malattia* o *Infortunio* (ad eccezione della prevenzione odontoiatrica) che rendono necessarie delle cure o accertamenti diagnostici ortodontici. Le prestazioni sono fruibili sia nelle *Strutture Sanitarie Convenzionate* sia in altre strutture non convenzionate con l'applicazione dello *Scoperto* previsto all'articolo 13.1 – Limiti di *Indennizzo*, *Carenze* e *Scoperti*.

A. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Credemassicurazioni, una volta all'anno assicurativo e per ogni Assicurato, provvede al pagamento di una ablazione del tartaro con visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, a scelta del medico di un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Restano a carico dell'Assicurato, se richieste, altre prestazioni come, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi.

B. CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE

Credemassicurazioni, una volta all'anno assicurativo e per ogni Assicurato, provvede al pagamento di una di queste prestazioni:

- Otturazione (di qualsiasi classe di Black)
- Ricostruzione del dente in composito
- Ricostruzione del dente con perni endocanalari (qualsiasi tipo di tecnica e materiali)
- Estrazione di radice o dente (semplice o complicata compresa pulizia alveolo, applicazione di fibrina, sutura e rimozione

punti)

Restano a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni.

C. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

Credemassicurazioni, per ogni anno assicurativo e per ogni Assicurato, provvede al pagamento di massimo 5 di queste prestazioni:

- Radiografia panoramica (Ortopantomografia delle due arcate)
- Teleradiografia del cranio
- Radiografia endorale o o bite wings fino a due elementi
- Dentscan o tomografia volumetrica a fascio conico (due arcate) - TAC

Restano a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni.

D. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Credemassicurazioni, per ogni anno assicurativo e per ogni Assicurato, provvede al pagamento delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di *Infortunio* fino al massimale di 1.000 €.



13 CHE COSA NON È ASSICURATO

13.1 RISCHI ESCLUSI

Credemassicurazioni **non** presta le garanzie previste dalla Sezione II, salvo le prestazioni del pacchetto *Prevenzione Odontoiatrica*, per:

- *Infortuni* causati dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- *Infortuni* causati dalla guida di veicoli in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche, quando l'alcoemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni
- *Infortuni* o *Malattie* causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato, tossicodipendenza, dall'effetto di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico

Conseguenze di:

- ***Infortuni avvenuti prima dell'effetto dell'assicurazione***
- ***Malattie e/o stati patologici noti o diagnosticati all'Assicurato, che abbiano reso necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione***
- ***Malformazioni o Difetti Fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione***

Infortuni che siano conseguenza di:

- Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (ad esempio: 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
- Terremoti ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano



14 LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

14.1 LIMITI DI INDENNIZZO, CARENZE E SCOPERTI

Si riportano di seguito i limiti di *Indennizzo*, le *Carenze* e gli *Scoperti* per le garanzie della Sezione II - Pacchetto Dentarie:

Garanzia	Carenza
Pacchetto Dentarie	30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la sola <i>Malattia</i> .

Garanzia	Scoperto	Limite di <i>Indennizzo</i>
Prevenzione Odontoiatrica	30% se le prestazioni vengono effettuate in <i>Strutture Sanitarie</i> non Convenzionate.	Una volta all'anno assicurativo e per <i>Assicurato</i>
Cure odontoiatriche e terapie conservative	50% se le prestazioni vengono effettuate in <i>Strutture Sanitarie</i> non Convenzionate.	Una volta all'anno assicurativo e per <i>Assicurato</i>
Accertamenti diagnostici odontoiatrici	Per le prestazioni effettuate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, <i>Credemassicurazioni</i> rimborsa integralmente i costi a carico dell' <i>Assicurato</i> (ticket).	5 volte all'anno assicurativo e per <i>Assicurato</i>
Cure dentarie da Infortunio		1.000 € per anno assicurativo e per <i>Assicurato</i>



15 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

15.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

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

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

15.2 FORMA DIRETTA E FORMA INDIRECTA

Le spese per prestazioni odontoiatriche possono essere pagate direttamente da *Credemassicurazioni* (*Forma Diretta*) o anticipate dall'*Assicurato* e vengono successivamente rimborsate (*Forma Indiretta*). Le casistiche sono indicate nei paragrafi seguenti.

A. UTILIZZO DEI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI (FORMA DIRETTA)

Per accedere alle prestazioni odontoiatriche presso i *Centri Odontoiatrici Convenzionati* occorre che:

- L'*Assicurato* contatti direttamente il *Centro Odontoiatrico Convenzionato* segnalando di essere assistito da *Blue Assistance*
- Al momento dell'accesso al *Centro Odontoiatrico Convenzionato*, l'*Assicurato* sottoscrive il "Piano di Cure" che deve essere inviato, dal *Centro Odontoiatrico Convenzionato*, a *Blue Assistance*
- *Blue Assistance*, entro 8 giorni dal ricevimento del "Piano di Cure", provvede alla valutazione dello stesso e alla comunicazione al *Centro Odontoiatrico Convenzionato* delle prestazioni assicurate.
- Al momento della conclusione del "Piano di Cure":
 - *Blue Assistance* paga direttamente le spese previste dalla *Polizza*, nel rispetto dei limiti temporali ed economici. Provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il *Centro Odontoiatrico Convenzionato* e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata
 - L'*Assicurato* deve sostenere le spese di sua competenza per le prestazioni non previste dalla presente *Polizza*.

Resta inteso che:

- L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance*, delega *Credemassicurazioni* a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *Polizza*
- Se il *Sinistro* risulta non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da *Credemassicurazioni*
- Rimane a carico dell'*Assicurato* il costo delle marche da bollo apposte sulle fatture di spesa.

In mancanza di una delle modalità sopra descritte le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

B. UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI NON CONVENZIONATI (FORMA INDIRECTA)

L'Assicurato che utilizza *Centri Odontoiatrici* non convenzionati, oppure *Centri Odontoiatrici Convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- Denunciare il sinistro tramite l'apposito *Portale* sul sito www.blueassistance.it
- Fornire il "*Piano di Cure*" compilato e sottoscritto a cura del *Centro Odontoiatrico* e firmato dall'Assicurato
- Presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate. La documentazione di spesa deve essere accompagnata da certificazione del *Centro Odontoiatrico* dell'avvenuto pagamento delle suddette fatture (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni)

Non vengono accettate fatture/notule di "acconto", "anticipo" o qualsiasi altra tipologia di giustificativo di spesa di fatturazione parziale delle prestazioni elencate su un unico "*Piano di Cure*".

Credemassicurazioni, ricevuta la documentazione necessaria, rimborsa le spese nei termini previsti dall'articolo 12.1 - *Rischio Assicurato*, con le limitazioni previste dall'articolo 13.1 - *Limiti di Indennizzo, Carenze e Scoperti*, entro 25 giorni.

C. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE ATTRAVERSO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per le prestazioni effettuate attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, *Credemassicurazioni* rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato (ticket).

L'Assicurato deve:

- Denunciare il sinistro tramite l'apposito *Portale* sul sito www.blueassistance.it
- Fornire il "*Piano di Cure*" compilato e sottoscritto a cura del *Centro Odontoiatrico* e firmato dall'Assicurato
- Presentare i ticket regolari e quietanzati.

15.3 DATA DEL SINISTRO

Per data in cui si è verificato il *Sinistro* si intende il giorno in cui si sono iniziate le cure odontoiatriche, cioè il ricevimento da parte di *Blue Assistance* del "*Piano di Cure*".

15.4 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Il *Contraente* e l'Assicurato si danno reciprocamente atto che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai *Centri Odontoiatrici Convenzionati*.

La parti si danno altresì atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali indicate nel presente contratto devono rivolgersi esclusivamente ai *Centri Odontoiatrici* che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e dell'Assicurato per qualsiasi informazione inerente alla prestazione di questi servizi.

SEZIONE III - ASSISTENZA



16 CHE COSA POSSO ASSICURARE

16.1 RISCHIO ASSICURATO

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *Malattia* o *Infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate, fino a 3 (tre) volte per annualità assicurativa.

16.2 ASSISTENZA**Prenotazione visite ed esami**

Se l'Assicurato, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, deve effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o *Accertamenti Diagnostici*, dietro prescrizione medica, la *Centrale Operativa* provvede a prenotare le prestazioni presso le *Strutture Sanitarie Convenzionate*.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

Tutoring eccellenze sanitarie

L'Assicurato può accedere al servizio di Tutoring contattando la *Centrale Operativa* dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi

i giorni festivi infrasettimanali.

Il Tutor di *Blue Assistance*, in riferimento alla patologia o all'*Infortunio* coperti dalla *Polizza*, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.

Il Tutor di *Blue Assistance* dell'Equipe Medica della *Centrale Operativa*, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'*Assicurato*. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'*Assicurato* o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle *Strutture Sanitarie* più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.

Restano a carico dell'*Assicurato* i costi di accesso alle *Strutture Sanitarie* di eccellenza.

A PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

Invio di un infermiere

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

Consegna farmaci

Se l'*Assicurato* è impossibilitato a muoversi dalla propria *Residenza*, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, che comporta 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 agisce 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 e gli estremi per il recapito. La consegna può avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'*Assicurato* e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di *Credemassicurazioni*.

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

Invio di un collaboratore domestico

Qualora, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, l'*Assicurato* venga a trovarsi presso la propria *Residenza*, in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare un collaboratore domestico, tenendo il costo a carico di *Credemassicurazioni* fino a un massimo di 12 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'*Assicurato* in moduli di 4 o 6 ore cadauna nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'*Assicurato* deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

B GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'*Assicurato*. Ad esempio il trasferimento dell'*Assicurato* in una *Struttura Sanitaria* specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.

L'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

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*, qualora i medici lo reputino necessario, provvede ad inviare un medico presso la *Residenza*.

Se nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* è immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa e in accordo con l'*Assicurato*, il trasferimento di quest'ultimo nella *Struttura Sanitaria* più vicina mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

Trasporto in autoambulanza

Se l'*Assicurato* necessita di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una *Struttura Sanitaria*, o da questa alla

sua *Residenza*, la *Centrale Operativa*, qualora i propri medici lo reputino necessario, provvede all'invio.

Trasferimento in Strutture Sanitarie specializzate

Se l'Assicurato necessita di essere trasferito presso una *Struttura Sanitaria* specializzata, anche al di fuori della regione di *Residenza*, per essere ricoverato a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, la *Centrale Operativa*, qualora i propri medici, d'intesa con il medico curante dell'Assicurato lo reputino necessario, provvede a:

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

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

D PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

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

Second opinion

La *Second Opinion* è rivolta all'Assicurato affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica.

L'Assicurato può rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniscono indicazione all'Assicurato su tutta la documentazione che deve presentare al suo medico curante (*Cartella Clinica* o documentazione medica equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *Visite Specialistiche*, immagini radiografiche o quant'altro necessario).

Il medico curante, a suo giudizio, contatta i medici della *Centrale Operativa*, e, di concerto con loro, valuta la necessità e l'appropriatezza della richiesta di *Second Opinion*.

Se entrambi i medici ritengono necessaria la *Second Opinion*, l'Assicurato deve disporre l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione al medico.

Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della *Centrale Operativa* provvedono a:

- Individuare, grazie alla partnership di *Blue Assistance* con poli scientifico-sanitari di eccellenza, la struttura (ed al suo interno l'équipe medica e gli specialisti) più qualificata e più appropriata per l'esame del caso
- Elaborare eventuali quesiti di approfondimento
- Trasmettere, tramite la *Centrale Operativa*, la documentazione alla struttura prescelta

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta di seconda opinione medica che viene inviata all'Assicurato, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

17 CHE COSA NON È ASSICURATO



17.1 RISCHI ESCLUSI

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

- Stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari
- Eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle

atomiche

- Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- *Malattie* in atto e/o *Infortuni* avvenuti prima dell'effetto della *Polizza*
- Assunzione di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci a scopo non terapeutico
- Ubriachezza accertata
- *Infortuni* derivanti dalla pratica di:
 - Sport aerei in genere
 - Partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore
- *Infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (ad esempio: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo)

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



18 LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

18.1 LIMITI D'INDENNIZZO

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

PRESTAZIONI ASSICURATE	LIMITE DEI COSTI A CARICO DI CREDEMASSICURAZIONI
Invio di un infermiere	500 €
Consegna farmaci	Massimo di 3 settimane successive al <i>Sinistro</i>
Trasporto in ambulanza	500 €
Invio di un collaboratore domestico	12 ore

Tutte le prestazioni della Sezione III - Assistenza sono operanti fino a tre volte per annualità assicurativa.



19 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

19.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

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

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

Comunicando:

- Le proprie generalità
- Il numero di *Polizza*
- Il tipo di assistenza richiesta
- Il numero di telefono e l'indirizzo, anche temporaneo.

19.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Credemassicurazioni non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. *Credemassicurazioni* non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

19.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

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

SEZIONE IV – TUTELA LEGALE



20 CHE COSA POSSO ASSICURARE

20.1 RISCHIO ASSICURATO

Se l'*Assicurato* è coinvolto in una *Vertenza*, *Credemassicurazioni*, nei limiti stabiliti dalla *Polizza*, copre le seguenti spese:

- Compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della *Vertenza*
- Compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione
- Compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale**
- Compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG**
- *Spese di Soccombenza* poste a carico dell'*Assicurato*
- *Spese di Esecuzione Forzata*, **fino a due tentativi per Sinistro**
- Spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria**
- Spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- Compensi dei *Periti*
- *Spese di Giustizia*
- Spese di investigazione difensiva nel procedimento penale

Le spese legali sono coperte per l'intervento di **1 (un) avvocato per ogni grado di giudizio**.

20.2 ASSICURATI

Sono assicurati:

- Il *Contraente*
- Il coniuge o il partner convivente del *Contraente*
- I componenti del *Nucleo Familiare* del *Contraente* presenti nel certificato di stato di famiglia

Nel caso di *Vertenze* fra *Assicurati* le garanzie operano unicamente a favore del *Contraente*.

20.3 AMBITO DI OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Le garanzie operano per i *Sinistri* relativi ai casi di *Malattia* e *Infortunio* subito sia nello svolgimento della propria attività professionale che in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

20.4 GARANZIE

• MALPRACTICE MEDICA

Sono coperte le spese sostenute dagli *Assicurati* per la richiesta di risarcimento per danni subiti in caso di lesioni fisiche, psichiche e morali conseguenti a malpractice medica, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia opera per le *Vertenze Contrattuali* e per le *Vertenze Extracontrattuali*, nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.

• DANNI SUBÌTI

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extracontrattuali subiti per *Fatti illeciti* di terzi alla persona

• VERTENZE CONTRATTUALI

Sono coperte le spese sostenute dagli *Assicurati* per le *Vertenze* contrattuali relative all'acquisto di apparecchiature mediche o supporti medico sanitari resi necessari a seguito dell'*Infortunio/Malattia*, se il **valore in lite è pari o superiore a € 100 (cento)**.

- **ISTITUTI O ENTI PUBBLICI DI ASSICURAZIONI**

Sono coperte le spese sostenute per le *Vertenze* con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali (INPS – INAIL) relative alla posizione previdenziale/assistenziale.

20.5 SOMME ASSICURATE

Credemassicurazioni, in caso di *Sinistro* liquidabile a termini di *Polizza*, corrisponde al *Contraente* un importo che prevede un limite di *Indennizzo per Sinistro*, cioè la somma indicata sul modulo di *Accettazione della Proposta* alla voce “*Massimale*” e un limite d'*Indennizzo* per anno assicurativo così come indicato all'art. 18.1 – Limiti d'*Indennizzo*.



21 CHE COSA NON È ASSICURATO

21.1 SPESE NON COPERTE DALLA GARANZIA

Se l'*Assicurato* è coinvolto in una *Vertenza*, *Credemassicurazioni* **non copre** le seguenti spese:

- Compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite
- Compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale
- Compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG
- Spese per l'indennità di trasferta
- Spese di *Esecuzione Forzata* oltre il secondo tentativo per *Sinistro*
- Spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria
- Imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle *Spese di Giustizia*
- Multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere
- Spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'*Assicurato* nei procedimenti penali
- Spese non concordate con ARAG
- Ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione
- Spese recuperate dalla controparte

Credemassicurazioni inoltre non copre:

1. Nella gestione del *Sinistro*, le spese sostenute per la *Fase Stragiudiziale* se non è gestita da ARAG
2. Le spese sostenute per gli accordi economici tra *Assicurato* e avvocato, per la transazione della *Vertenza* e per l'intervento del *Perito* o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG

21.2 RISCHI ESCLUSI

Se nella *Polizza* non è previsto diversamente, **le garanzie non operano per Sinistri relativi a:**

- a. Diritto di famiglia, successioni o donazioni
- b. Materia fiscale o amministrativa
- c. Fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive
- d. Attività del settore nucleare, danni nucleari o genetici causati dall'*Assicurato*, salvo il caso di *Sinistri* conseguenti a trattamenti medici
- e. Fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme
- f. Fatti dolosi degli *Assicurati*
- g. Fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente
- h. Compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare
- i. Costruzione ex novo o trasformazione di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti
- j. Fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare
- k. Prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, dimagranti e fitoterapiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna da *Infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico
- l. Impugnazione di *Sanzioni Amministrative* per il pagamento di tasse, tributi, imposte e corrispettivi di pubblici servizi
- m. *Vertenze con Credemassicurazioni*

- n. Vertenze con l'Intermediario del presente contratto
- o. Adesione ad azioni di classe (class action)
- p. Difesa penale per abuso di minori
- q. *Infortuni* causati dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche ed alle relative prove, dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti
- r. *Infortuni* derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore
- s. *Infortuni* causati alla guida di veicoli in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del D. Lgs 30/04/1992 nr. 285 e successive modificazioni ed integrazioni
- t. *Infortuni* o *Malattie* causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato, tossicodipendenza, dall'effetto di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico.
- u. Parto, spese legate alla gravidanza e le malattie della gravidanza e ricoveri per parto e puerperio
- v. Aborto volontario non terapeutico
- w. Prestazioni sanitarie e le cure delle patologie psichiatriche e dei disturbi psichici in genere e le loro conseguenze
- x. Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (ad esempio: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo)
- y. Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche

21.3 OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE IN PRESENZA DI POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie previste in Polizza operano a secondo rischio**, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e *Spese di Soccombenza*.



22 LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

22.1 LIMITI DI INDENNIZZO E CARENZE

Si riportano nella seguente tabella i limiti relativi alle prestazioni della Sezione III.

Garanzia	Carenza	Limite di Indennizzo
Tutela Legale	3 (tre) mesi di <i>Carenza</i> dalla data di efficacia della copertura assicurativa per le vertenze contrattuali	€ 10.000 per <i>Sinistro</i> e con un massimo di € 50.000 per annualità assicurativa



23 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

23.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La gestione dei *Sinistri* della garanzia Tutela Legale è stata affidata da *Credemassicurazioni* ad **ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direttore Generale** - con sede in Viale del Commercio n. 59, 37135 Verona, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- Telefono centralino: 045/8290411
- Fax per invio nuove denunce di *Sinistro*: 045/8290557
- Mail per invio nuove denunce di *Sinistro*: denunce@arag.it
- Fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del *Sinistro* 045/8290449

L'Assicurato ha l'obbligo di informare ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del *Sinistro* e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione, se richiesti, i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative e fornire idonea

documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale.

In mancanza, ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del *Sinistro* e di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire

La denuncia del *Sinistro* deve essere presentata tempestivamente ad ARAG nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della *Polizza* o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

Nella fase di gestione del *Sinistro*: per valutare la copertura assicurativa della *Fase Giudiziale*, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'obbligo di fornire**.

L'Assicurato ha l'obbligo di:

- Restituire tutte le spese che sono state sostenute e/o anticipate da ARAG se ha diritto di recuperarle dalla controparte
- Comunicare a *Credemassicurazioni* e/o ad ARAG l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio e ha l'obbligo di dare avviso dei *Sinistri* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale delle spese.
- Comunicare tempestivamente a *Credemassicurazioni* lo spostamento della propria *Residenza*.
- Informare, dopo la denuncia di *Sinistro*, ARAG sulle evoluzioni e sulle circostanze dello stesso anche se rimaste immutate:
 - Per consentire la gestione del *Sinistro*
 - Per non far decorrere, dalla data dell'ultima comunicazione ad ARAG, la Prescrizione prevista dalla legge

23.2 GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE

Ricevuta la denuncia del *Sinistro* ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'Assicurato.

La Fase Stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la *Vertenza* con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa della *Fase Giudiziale*, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'obbligo di fornire**.

Per la *Fase Giudiziale* l'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato o al *Perito*, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, pertanto **ARAG non è responsabile del loro operato**.

Le spese per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della *Vertenza* e per l'intervento del *Perito* o del consulente tecnico di parte sono coperte **solo se preventivamente autorizzate da ARAG**.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese coperte dalla *Polizza* avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

23.3 RESTITUZIONE DELLE SPESE

L'Assicurato ha l'obbligo di restituire tutte le spese che sono state sostenute e/o anticipate da ARAG se ha diritto di recuperarle dalla controparte

23.4 DISACCORDO CON ARAG IN MERITO ALLA GESTIONE DEL SINISTRO E CONFLITTO DI INTERESSI

Nel caso di disaccordo tra l'Assicurato e ARAG in merito alla gestione del *Sinistro*, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del Codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

23.5 QUANDO AVVIENE IL SINISTRO

La data di avvenimento del *Sinistro* è quella in cui si verifica l'evento dannoso a seguito del quale insorge la *Vertenza*.

L'evento dannoso, in base alla natura della *Vertenza*, è inteso come:

- Il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'*Assicurato*
- La violazione o presunta violazione del contratto
- La violazione o la presunta violazione della legge

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del *Sinistro* è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche se coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico *Sinistro* e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più *Assicurati* sono coinvolti in uno stesso *Sinistro*, la *Polizza* opera con un unico *Massimale* che viene equamente ripartito tra tutti gli *Assicurati* a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del *Sinistro* il *Massimale* per *Sinistro* non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli *Assicurati* che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

23.6 QUANDO SONO COPERTI I SINISTRI

Sono coperti i *Sinistri* che sono avvenuti:

1. Dalla data di efficacia della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extracontrattuale, per la violazione o presunta violazione di norme amministrative
2. Dopo **3 (tre) mesi di Carenza dalla data di efficacia della copertura assicurativa** per le *Vertenze Contrattuali*

Quando il contratto è emesso senza interruzione della copertura assicurativa dopo una precedente *Polizza* per lo stesso rischio le garanzie della presente *Polizza*, se previste anche nel precedente contratto, operano:

- Senza la *Carenza* se il precedente contratto ha una durata pari o superiore alla *Carenza* stessa
- Per i *Sinistri* avvenuti durante il periodo di efficacia della *Polizza* precedente se sono stati respinti perché denunciati oltre il termine massimo che decorre dalla data di cessazione del contratto, e il precedente assicuratore non contesta il mancato pagamento o adeguamento del *Premio*.

In questo caso l'*Assicurato* ha l'obbligo in sede di denuncia del *Sinistro* di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una *Polizza* precedente di tutela legale.

AREA NON ASSICURATIVA

24 QURAKARE



Con l'acquisto della *Polizza* e finché la stessa è in vigore, *Credemassicurazioni* offre all'*Assicurato* e al suo *Nucleo Familiare* la possibilità di usufruire dei seguenti servizi a tariffa agevolata:

- Prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/*Centri Odontoiatrici Convenzionati*
- Prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati
- Prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici e fisioterapici convenzionati
- Prestazioni ottiche rese dal network di centri convenzionati
- Prestazioni fitness\benessere rese dal network di centri convenzionati
- Medico e Pediatra a domicilio dell'*Assicurato*

L'elenco dei centri convenzionati è disponibile sul sito www.blueassistance.it (previa registrazione).

Inoltre, sono sempre compresi:

- Consulto telefonico medici generici illimitati
- Dodici (12) video consulto con medici specialisti
- Tre (3) prestazioni gratuite del circuito fitness\benessere
- Servizio di "Mental Care"
- Servizio di consegna farmaci a domicilio (presso le città cui è attivo il servizio)

25 CHE COSA FARE PER ATTIVARE I SERVIZI DEL QURAKARE



25.1 MODALITÀ DI ACCESSO

I servizi *QURAKARE* sono disponibili, previa registrazione, sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito stesso.

25.2 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

- Le prestazioni sono fornite direttamente dai predetti soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione delle prestazioni
- I corrispettivi relativi alle prestazioni sono a carico esclusivamente dell'Assicurato
- Le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni sono fornite direttamente dagli stessi soggetti cui l'Assicurato si è rivolto.



Per maggior informazioni in merito all'utilizzo della *Carta Servizi*, inquadra questo QR CODE con la fotocamera del tuo smartphone e segui le istruzioni oppure vai sul sito www.credemassicurazioni.it

APPENDICE 1 – TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Età	Pacchetto prevenzione	Visite e accertamenti non legati al ricovero	Forfait in caso di ricovero	Ricovero	Pacchetto Dentarie
0	1,00	1,00	1,00	1,00	Garanzia non disponibile
1	1,00	1,02	1,02	1,02	
2	1,00	1,06	1,04	1,04	
3	1,00	1,10	1,06	1,06	
4	1,00	1,14	1,09	1,09	
5	1,00	1,19	1,11	1,11	
6	1,00	1,22	1,13	1,13	
7	1,00	1,27	1,15	1,15	
8	1,00	1,32	1,17	1,17	
9	1,00	1,36	1,19	1,19	
10	1,00	1,41	1,21	1,21	
11	1,00	1,46	1,24	1,24	
12	1,00	1,51	1,26	1,26	
13	1,00	1,56	1,28	1,28	
14	1,00	1,62	1,30	1,30	
15	1,00	1,67	1,32	1,32	
16	1,00	1,73	1,34	1,34	
17	1,00	1,78	1,36	1,36	
18	1,00	1,85	1,39	1,39	1,00
19	1,00	1,90	1,41	1,41	1,00
20	1,00	1,96	1,43	1,43	1,00
21	1,00	2,02	1,45	1,45	1,00
22	1,00	2,09	1,47	1,47	1,00
23	1,00	2,15	1,49	1,49	1,00
24	1,00	2,22	1,51	1,51	1,00
25	1,00	2,29	1,54	1,54	1,22
26	1,00	2,36	1,56	1,56	1,22
27	1,00	2,43	1,58	1,58	1,22
28	1,00	2,50	1,60	1,60	1,22
29	1,00	2,57	1,62	1,62	1,22
30	1,00	2,64	1,64	1,64	1,22
31	1,00	2,72	1,66	1,66	1,22
32	1,00	2,80	1,69	1,69	1,22
33	1,00	2,88	1,71	1,71	1,22
34	1,00	2,95	1,73	1,73	1,22
35	1,00	3,04	1,75	1,75	1,64
36	1,00	3,12	1,77	1,77	1,64
37	1,00	3,20	1,79	1,79	1,64
38	1,00	3,29	1,81	1,81	1,64

39	1,00	3,37	1,84	1,84	1,64
40	1,00	3,46	1,86	1,86	1,64
41	1,67	3,55	1,86	1,86	1,64
42	1,67	3,64	1,88	1,88	1,64
43	1,67	3,73	1,91	1,91	1,64
44	1,67	3,81	1,95	1,95	1,64
45	1,67	3,91	2,00	2,00	2,20
46	1,67	4,00	2,06	2,06	2,20
47	1,67	4,10	2,14	2,14	2,20
48	1,67	4,19	2,22	2,22	2,20
49	1,67	4,29	2,32	2,32	2,20
50	1,67	4,39	2,43	2,43	2,20
51	1,67	4,49	2,55	2,55	2,20
52	1,67	4,58	2,68	2,68	2,20
53	1,67	4,68	2,82	2,82	2,20
54	1,67	4,78	2,98	2,98	2,20
55	1,67	4,88	3,14	3,14	2,96
56	1,67	4,98	3,32	3,32	2,96
57	1,67	5,08	3,51	3,51	2,96
58	1,67	5,19	3,71	3,71	2,96
59	1,67	5,29	3,92	3,92	2,96
60	1,67	5,39	4,14	4,14	2,96
61	1,67	5,60	4,38	4,38	2,96
62	1,67	5,82	4,62	4,62	2,96
63	1,67	6,04	4,88	4,88	2,96
64	1,67	6,26	5,15	5,15	2,96
65	1,67	6,49	5,43	5,43	3,98
66	1,67	6,73	5,72	5,72	3,98
67	1,67	6,96	6,02	6,02	3,98
68	1,67	7,20	6,34	6,34	3,98
69	1,67	7,44	6,66	6,66	3,98
70	1,67	7,70	7,00	7,00	3,98
71	1,67	7,94	7,35	7,35	3,98
72	1,67	8,20	7,71	7,71	3,98
73	1,67	8,46	8,08	8,08	3,98
74	1,67	8,72	8,46	8,46	3,98
75	1,67	8,98	8,86	8,86	3,98
76	1,67	9,25	9,27	9,27	3,98
77	1,67	9,53	9,70	9,70	3,98

APPENDICE 2 - GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	<p>Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti.</p> <p>Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei basocellulari (basaliomi). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.</p>
Coronaropatia con necessità di <i>Intervento Chirurgico</i> o tecniche cardiologiche interventistiche	<p><i>Malattia</i> che determina <i>Intervento Chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.</p>
Infarto del miocardio	<p>Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ripetuti dolori al torace; • Cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; • Aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di <i>Intervento Chirurgico</i>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.</p>
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	<p>Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).</p>
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di <i>Intervento Chirurgico</i>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.</p>
Pancreatite acuta	<p>Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..</p>
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene.	<p>La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.</p>

Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>Infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>Malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto o da una sedia.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di <i>Intervento Chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono <i>Intervento Chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite fulminante con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di <i>Intervento Chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

<p>Tumori benigni polmonari con necessità di Intervento Chirurgico</p>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.</p>
<p>Patologie del timo che richiedono Intervento Chirurgico</p>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell'<i>Intervento Chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.</p>
<p>Anemia aplastica</p>	<p>Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emo-trasfusioni periodiche; • Terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immunosoppressivi; • Trapianto di midollo osseo. <p>La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.</p>
<p>Encefalite acuta</p>	<p>Inflammatione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..</p>
<p>Cecità</p>	<p>Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>Infortunio</i> o <i>Malattia</i>. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.</p>
<p>Coma irreversibile</p>	<p>Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>Cartella Clinica</i> completa.</p>
<p>Paralisi</p>	<p>Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.</p>
<p>Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso Ricovero in Unità Coronarica)</p>	<p><i>Infortuni</i>, gravi malori improvvisi che necessitano di <i>Ricovero</i> in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.</p>
<p>Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)</p>	<p><i>Malattia</i> neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.</p>



Il sottoscritto Contraente propone a Credemassicurazioni la conclusione del contratto assicurativo alle condizioni riportate e secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Contraente	
cognome e nome	codice fiscale
indirizzo	e-mail

Estremi della proposta			
numero proposta	polizza sostituita	frazionamento	convenzione
	data emissione	decorrenza (ora, gg.)	scadenza (ora, gg.)

LA TUA PROTEZIONE

Persone assicurate e dati relativi alla copertura assicurativa

assicurato 1 - cognome e nome	data di nascita	codice fiscale		
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE RICOVERO FORFAIT IN CASO DI RICOVERO PACCHETTO DENTARIE ASSISTENZA TUTELA LEGALE	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
	massimale ricovero	massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici	forfait in caso di ricovero	massimale tutela legale

assicurato 2 - cognome e nome	data di nascita	codice fiscale		
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE RICOVERO FORFAIT IN CASO DI RICOVERO PACCHETTO DENTARIE	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
	massimale ricovero	massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici	forfait in caso di ricovero	massimale tutela legale

assicurato 3 - cognome e nome	data di nascita	codice fiscale		
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE RICOVERO FORFAIT IN CASO DI RICOVERO PACCHETTO DENTARIE	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
	massimale ricovero	massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici	forfait in caso di ricovero	massimale tutela legale

AVVERTENZA

Credemassicurazioni ricorda che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative alle informazioni necessarie per attivare il contratto possono compromettere totalmente o parzialmente il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

firma Contraente



Contraente	
cognome e nome	codice fiscale
indirizzo	e-mail

Estremi della proposta			
numero proposta	data emissione	decorrenza (ora, gg.)	scadenza (ora, gg.)

Persone assicurate e dati relativi alla copertura assicurativa				
assicurato 4 - cognome e nome	data di nascita		codice fiscale	
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE RICOVERO FORFAIT IN CASO DI RICOVERO PACCHETTO DENTARIE	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
	massimale ricovero massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici forfait in caso di ricovero massimale tutela legale			

massimale ricovero	massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici	forfait in caso di ricovero	massimale tutela legale
--------------------	--	-----------------------------	-------------------------

assicurato 5 - cognome e nome	data di nascita		codice fiscale	
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE RICOVERO FORFAIT IN CASO DI RICOVERO PACCHETTO DENTARIE	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
	massimale ricovero massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici forfait in caso di ricovero massimale tutela legale			

massimale ricovero	massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici	forfait in caso di ricovero	massimale tutela legale
--------------------	--	-----------------------------	-------------------------

assicurato 6 - cognome e nome	data di nascita		codice fiscale	
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE RICOVERO FORFAIT IN CASO DI RICOVERO PACCHETTO DENTARIE	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
	massimale ricovero massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici forfait in caso di ricovero massimale tutela legale			

massimale ricovero	massimale visite specialistiche e accertamenti diagnostici	forfait in caso di ricovero	massimale tutela legale
--------------------	--	-----------------------------	-------------------------

Premio totale			
	imponibile	imposte	totale
Premio alla firma			
Premio rate successive			
Premio annuo			

note

firma Contraente



**Contraente**

cognome e nome	codice fiscale
indirizzo	e-mail

Estremi della proposta

numero proposta	data emissione	decorrenza (ora, gg.)	scadenza (ora, gg.)
-----------------	----------------	-----------------------	---------------------

Persone assicurate e dati relativi alla copertura assicurativa

Il Contraente:

- Dà il proprio consenso a ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale del prodotto SALUTE PROTETTA By Credemassicurazioni in formato digitale anche attraverso i canali telematici presenti sul sito internet di Credemassicurazioni o dell'Intermediario. Dichiara di aver ricevuto la documentazione precontrattuale prima della sottoscrizione di questa proposta. Resta ferma la possibilità di chiedere la documentazione cartacea gratuitamente.
- Non dà il proprio consenso a ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale del prodotto SALUTE PROTETTA By Credemassicurazioni in formato digitale. Dichiara di aver ricevuto gratuitamente, prima della sottoscrizione, copia cartacea della documentazione precontrattuale

firma Contraente

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente:

- Dichiara di aver ricevuto e letto il documento di informativa precontrattuale ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, denominato Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi
- Dichiara di aver ricevuto e letto il Set Informativo (CRSMO08950XUE0226), composto da: DIP Danni e DIP Aggiuntivo Danni, Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Fac-Simile del modulo di Proposta di Assicurazione**
- Accetta interamente le condizioni della presente proposta e le altre condizioni che formano il Contratto
- Prende atto che la polizza decorre dalle ore 24 del giorno indicato alla voce "decorrenza dell'assicurazione", se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno in cui Credemassicurazioni abbia la certezza del pagamento e termina alle ore 24 del giorno indicato alla voce "scadenza dell'assicurazione" (fatto salvo quanto previsto dall'art. 3.3 delle Condizioni di Assicurazione)
- Conferma che le informazioni che servono a valutare le richieste ed esigenze assicurative per la conclusione del Contratto e l'adeguatezza del Contratto offerto, sono state raccolte prima della sottoscrizione della presente Proposta.**

Il Contratto è concluso al momento della ricezione, da parte del Contraente, dell'accettazione della presente Proposta, come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

firma Contraente

Condizioni espressamente accettate

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificamente le disposizioni dei sotto elencati articoli il cui testo è riportato nelle Condizioni di Assicurazione, che formano parte integrante del presente contratto:

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE -> art. 1.1 - Dichiarazioni del Contraente; art. 1.2 - Persone assicurabili e limiti di età; art. 1.3 - Persone non assicurabili; art. 2.2 - Decorrenza e durata della polizza; art. 2.3 - Tacito rinnovo della polizza; art. 2.4 - Sostituzione di polizza; art. 2.5 - Cambio di prodotto da Protezione Salute a Salute Protetta by Credemassicurazioni; art. 3.2 - Disdetta della polizza; art. 3.3 - Cessazione della polizza; art. 4.1 - Pagamento del premio; art. 4.3 - Indicizzazione del contratto; art. 4.4 - Aumento del premio per età; art. 5.1 - Dove vale la copertura; art. 6.3 - Controversie - valutazione collegiale ed arbitrato irrituale;

SEZIONE I - SPESE MEDICHE -> art. 9.1 - Rischi esclusi; art. 10.1 - Limiti di indennizzo, carenze, franchigie e/o scoperti; art. 11.1 - Obblighi in caso di sinistro;

SEZIONE II - PACCHETTO DENTARIE -> art. 13.1 - Rischi esclusi; art. 14.1 - Limiti di indennizzo, carenze e scoperti; art. 15.1 - Obblighi in caso di sinistro;

SEZIONE III - ASSISTENZA -> art. 17.1 - Rischi esclusi; art. 18.1 - Limiti di indennizzo; art. 19.1 - Obblighi in caso di sinistro;

SEZIONE IV - TUTELA LEGALE -> art. 21.1 - Spese non coperte dalla garanzia; art. 21.2 - Rischi esclusi; art. 22.1 - Limiti di indennizzo e carenze; art. 23.1 - Obblighi in caso di sinistro.

firma Contraente

Periodicità del premio e mezzi di pagamento

Il pagamento del premio è previsto all'atto della firma di questo modulo di Proposta ed è corrisposto a Credemassicurazioni in un'unica soluzione o mensilmente così come indicato nell'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione. La modalità di pagamento prevista è l'addebito diretto su conto corrente bancario

luogo e data	intermediario
--------------	---------------

cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri