CREDEM | CREDEMASSICURAZIONI

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 CRSMO08950DUE0225
- **Condizioni di Assicurazione** comprensive di **Glossario** (redatte secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari") e **Fac - Simile del Modulo di Proposta di Assicurazione** – Edizione CRSMO08950TUE0225

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

Edizione CRSMO08950XUE0225

Data di ultimo aggiornamento: 5 febbraio 2025

Credemassicurazioni SpA - Capitale interamente versato di euro 14.097.120 - REA 218847 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01736230358 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00131- Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia) - Tel: +39 0522 586050 - www.credemassicurazioni.it - info@credemassicurazioni.it - PEC: info@pec.credemassicurazioni.it - La Società ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/01, di cui Parte Generale e Codice Etico sono consultabili sul sito www.credemassicurazioni.it

Ufficio delle Entrate Reggio Emilia CREDEMASSICURAZIONI S.p.A.

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: 05/02/2025

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza facoltativa tutela te ed eventualmente il tuo nucleo familiare dai rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie rese necessarie da infortuni o malattie.

Che cosa è assicurato?

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

SEZIONE I - SPESE MEDICHE

✓ **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non legati al ricovero:** visite specialistiche e accertamenti diagnostici necessari a seguito di infortunio o malattia in assenza di ricovero o di intervento chirurgico. 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.

GARANZIE AGGIUNTIVE

✓ **Rimborso spese pre e post ricovero:** prevede il rimborso delle spese mediche sostenute prima e dopo un ricovero o un intervento chirurgico

✓ **Forfait in caso di ricovero:** prevede un indennizzo forfettario in caso di ricovero.

SEZIONE II - ASSISTENZA

Prestazioni per le emergenze che possono verificarsi a seguito di infortunio o malattia.

SEZIONE III - TUTELA LEGALE

Ti tiene indenne per le spese sostenute per l'assistenza di un legale per tutelare i tuoi interessi in caso di malpractice medica, vertenze contrattuali relative all'acquisto di apparecchiatura medica e con gli istituti o enti pubblici di assicurazioni, nei casi espressamente indicati nella polizza.

AREA NON ASSICURATIVA

La Carta Servizi offre, a te e al tuo nucleo famigliare, la possibilità di effettuare, a tariffe agevolate, le prestazioni dentarie, mediche, fisioterapiche, ottiche e wellness rese dal network di strutture convenzionate. Offre anche servizi di telemedicina e Mental Care.

Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone che, al momento della stipula della polizza, abbiano più di 74 anni.

✗ Non sono considerate assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate.

Le garanzie delle **Sezioni I** e **II** non sono valide nei seguenti casi:

✗ infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti

✗ infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci

✗ **conseguenze di infortuni e di malattie avvenuti o diagnosticati prima dell'effetto della polizza e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici sempre prima dell'effetto della polizza**

Inoltre, le garanzie della **Sezione I** non sono valide nei seguenti casi:

✗ 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

✗ patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze

✗ prestazioni aventi finalità estetiche, dimagranti e fitoterapiche

✗ interventi chirurgici per la correzione di miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia

✗ parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche

✗ aborto volontario non terapeutico

✗ sieropositività da virus H.I.V.

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

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

Per le garanzie di Tutela Legale:

✗ Le 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?

! L'assicurazione vale per le **persone di età** non superiore a **75 anni**.

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

Garanzie	Limite di indennizzo / Somme assicurate	Scoperto e/o franchigia
! Rimborso spese pre e post ricovero	Il massimale è per persona e per anno assicurativo	Franchigia di € 35 in caso di utilizzo di una struttura convenzionata con Blue Assistance - Scoperto del 30% con il minimo di € 35 in caso di utilizzo di una struttura non convenzionata con Blue Assistance
! Pacchetto Prevenzione	Una volta ogni anno assicurativo solo presso centri convenzionati con Blue Assistance	
! Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Il massimale è per persona e per anno assicurativo	Franchigia di € 35 in caso di utilizzo di una struttura convenzionata con Blue Assistance - Scoperto del 30% con il minimo di € 35 in caso di utilizzo di una struttura non convenzionata con Blue Assistance.
! Forfait in caso di ricovero	Il massimale per persona e per anno è pari a tre volte l'indennizzo indicato nel modulo di accettazione della proposta di assicurazione.	

! Le prestazioni e i servizi contenuti all'interno dalla **SEZIONE II - ASSISTENZA** vengono offerti fino a tre volte per annualità assicurativa.

! Le prestazioni della **SEZIONE III – TUTELA LEGALE** prevedono un massimale € 10.000 per sinistro e con un massimo di € 50.000 per annualità assicurativa.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.

✓ Le sole garanzie di assistenza si intendono operanti 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".

✓ Le prestazioni della sezione Tutela Legale 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.

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, nonché 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 Credemassicurazioni indicando il nome degli altri assicuratori. In caso di omissione dolosa decade il diritto all'indennizzo.

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 potrà essere applicato un aumento del premio). Puoi pagare il premio autorizzando l'addebito diretto sul tuo conto corrente bancario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture decorrono dalle ore 24 della data di pagamento del premio e cessano alle ore 24 del giorno di scadenza dell'assicurazione. Il contratto ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo alla sua scadenza.
Relativamente agli assicurati che abbiano compiuto i limiti di età assicurabile in corso di contratto, le garanzie sono valide fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

Come posso disdire la polizza?

Puoi esercitare il diritto di **recesso dal contratto**, entro il termine di 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto.
Inoltre, puoi non dar corso al tacito rinnovo del contratto mediante **disdetta** da comunicare almeno 15 giorni prima della scadenza della polizza. Per esercitare tali diritti devi inviare, entro i termini predetti, una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo di Credemassicurazioni. In caso di recesso, ti verrà restituita la parte di premio relativa al rischio non corso ad esclusione delle eventuali imposte. Per l'esercizio di tali diritti non verrà addebitato alcun costo.

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)

Compagnia: Credemassicurazioni S.p.A.

Prodotto: **Salute Protetta by Credemassicurazioni**

Data ultimo aggiornamento: 05/02/2025

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Credemassicurazioni S.p.A., Sede Legale. Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia); per informazioni e assistenza contattare il numero verde **800 27.33.36**; Sito Internet: www.credemassicurazioni.it; E-mail: info@credemassicurazioni.it; Posta Elettronica Certificata (PEC): info@pec.credemassicurazioni.it

Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nei Rami 1, 2, 3, 8 (esclusi i danni provocati da energia nucleare), 13 e 17 con provvedimento ISVAP n. 894 del 22/06/1998. Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo 9 con provvedimento ISVAP n. 894 del 22/06/1998 e n. 1755 del 19/12/2000. Autorizzata ad estendere l'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo 16 con provvedimento ISVAP n. 2619 del 06/08/2008. Autorizzata ad estendere l'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo 18 con provvedimento Isvap n. 2809 del 23/06/2010. Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00131.

Il patrimonio netto civilistico di Credemassicurazioni al 31 dicembre 2023, escluso il risultato di periodo, ammonta a € 67,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 14,1 milioni e le riserve patrimoniali risultano essere pari a € 53,2 milioni. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio Civilistico e dal Bilancio di Solvibilità al 31 dicembre 2023, ivi inclusa la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibili sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://credemassicurazioni.it/it/pillar-iii

L'indice di solvibilità, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 385,7% e ottenuto come rapporto tra Fondi Propri Ammissibili (€ 91,3 milioni) e Requisito Patrimoniale di Solvibilità (€ 23,7 milioni), e pari al 857,1% come rapporto tra i Fondi Propri Ammissibili (€ 91,3 milioni) e il Requisito Patrimoniale Minimo (€ 10,7 milioni).

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Saranno operanti solo le garanzie acquistate ed indicate nel modulo di accettazione della proposta, l'impegno di Credemassicurazioni sarà limitato ai massimali e alle somme assicurate concordate.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, sono fornite le seguenti informazioni: **SEZIONE I** – Spese mediche Credemassicurazioni non presta le garanzie previste dalla Sezione I per: ✗ Malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione ✗ Per le malattie della gravidanza e i ricoveri per parto e puerperio ✗ Infertilità, sterilità, impotenza conseguenze di: ✗ Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato ✗ Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo) ✗ Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche ✗ Guerre, insurrezioni in genere ✗ Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano. Inoltre, relativamente alla garanzia **Rimborso spese pre e post ricovero** sono escluse: ✗ Le spese sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico, salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

	Relativamente alla garanzia **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici** non legati al ricovero, sono escluse: ✗ Le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.
	SEZIONE II - Assistenza 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 ✗ Ubriachezza accertata ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo) **SEZIONE III** – 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 maligno 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 ✗ 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 ✗ 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 ei 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 (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo) ✗ Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, sono fornite le seguenti informazioni:

SEZIONE II - Assistenza

Prestazioni di Assistenza

- Invio di un infermiere, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico di Credemassicurazioni fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.
- Trasporto in autoambulanza, la prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

- Invio di un collaboratore domestico, 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 in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

SEZIONE III – Tutela Legale

Per le vertenze contrattuali sono previsti 3 (tre) mesi di carenza dalla data di efficacia della copertura assicurativa.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** **FORMA DIRETTA** Per usufruire della Forma Diretta, devi **effettuare la registrazione sul portale sul sito www.blueassistance.it** allegando la prescrizione medica con indicata la patologia o il sospetto patologico che rende necessaria la prestazione (tranne per il Pacchetto Prevenzione) e indicando la Struttura Sanitaria convenzionata presso la quale vuoi svolgere la Visita Specialistica, l'Accertamento Diagnostico o gli esami del Pacchetto Prevenzione. **FORMA INDIRETTA** Per richiedere il rimborso delle spese sostenute per le garanzie "Rimborso spese pre e post Ricovero", "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al Ricovero" e "Forfait in caso di Ricovero" devi effettuare **la registrazione sul portale sul sito www.blueassistance.it** e allegare la documentazione necessaria per la gestione del Sinistro. In alternativa, puoi inviare tutta la documentazione relativa al rimborso, via posta, a Blue Assistance S.p.A. – Via San Dalmazzo n° 20/A - 10122 Torino (TO). **SEZIONE I – SPESE MEDICHE** Per la garanzia **Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non legati al ricovero**, alla richiesta di rimborso (forma indiretta) dovrai allegare anche: - La prescrizione medica con indicata la patologia o il sospetto patologico che rende necessaria la prestazione - 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 - Per quanto riguarda i Trattamenti di fisiokinesiterapia, resi necessari da Infortunio e prescritti dal medico curante occorrerà allegare, oltre alla fattura delle spese sostenute, anche la relativa documentazione medica che constati le lesioni obiettivamente constatabili. - La documentazione comprovante le spese sanitarie sostenute (fatture o ricevute)
	Per le garanzie **Rimborso spese pre e post ricovero e Forfait in caso di ricovero**, alla richiesta di rimborso devi allegare: - La prescrizione medica indicante la patologia o il sospetto patologico - 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 - la documentazione comprovante le spese sanitarie sostenute (solo per la garanzia Rimborso spese pre e post ricovero) Per effettuare gli esampi previsti dal **Pacchetto Prevenzione o la visita specialistica alternativa**, è necessario registrarsi al portale sul sito www.blueassistance.it C**redemassicurazioni si riserva la possibilità di chiedere all'Assicurato ogni eventuale ulteriore documento necessario per la corretta gestione del Sinistro.** **SEZIONE II - Assistenza** Contattare la centrale operativa al numero verde **800.896991** (dall'estero, prefisso internazionale seguito da 011.7425566), comunicando le proprie generalità, il numero di polizza, il tipo di assistenza richiesta e il numero di telefono. **SEZIONE III – TUTELA LEGALE** Devi denunciare a Credemassicurazioni o ad ARAG il sinistro nel momento in cui ne vieni a conoscenza. Puoi rivolgerti direttamente ad ARAG, Viale del Commercio n. 59, 37135 Verona; telefono 045.8290411; mail denunce@ARAG.it
	Assistenza diretta/in convenzione: i servizi e le prestazioni di Assistenza previste all'interno della SEZIONE II sono organizzati ed erogati tramite la Centrale Operativa di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua, con cui Credemassicurazioni S.p.A. è convenzionata.
	Gestione da parte di altre imprese: Blue Assistance S.p.A., Sede legale: Via San Dalmazzo n° 20/A, 10122 Torino sito internet: www.blueassistance.it - società del Gruppo Reale Mutua che provvede, per conto di Credemassicurazioni, alla liquidazione/trattazione dei sinistri relativi alle garanzie prestate nella **SEZIONE I – SPESE MEDICHE** ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le strutture sanitarie convenzionate.

	Prescrizione: si precisa che i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Credemassicurazioni – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 (venticinque) giorni dal ricevimento della documentazione, nei limiti previsti dalla garanzia selezionata.

Quando e come devo pagare?

Premio	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, sono fornite le seguenti informazioni: • Il premio relativo alla garanzie previste alla SEZIONE I - SPESE MEDICHE è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun assicurato. • Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la polizza è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche rilevato dall'ISTAT. Di conseguenza, i valori, i limiti delle prestazioni espressi in euro, comprese le franchigie, e il premio di polizza saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al variare del predetto indice. • I Premi delle garanzie potranno essere ricalcolati ad ogni annualità tenendo conto delle variabili tariffarie e normative in vigore alla scadenza della Polizza.
Rimborso	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Le garanzie della SEZIONE I - SPESE MEDICHE – decorrono dalle ore 24: - Dalla data di decorrenza dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico; - Del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie. Per tali altre malattie, in caso di ricovero, intervento chirurgico o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza, verificatisi in questo periodo di tempo, non verrà corrisposto alcun indennizzo anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti 30 giorni.
Sospensione	Il prodotto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Salute Protetta by Credemassicurazioni è un prodotto assicuratvo 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 e ottenere un'assistenza adeguata prima e dopo un ricovero o intervento chirurgico.

Quali costi devo sostenere?

Il premio è comprensivo dei costi di intermediazione come riportati nella seguente tabella:

Tipologia di costo	% del premio versato (al netto delle imposte)
Costi di intermediazione	30%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Puoi inviare un reclamo, in forma scritta, alla 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://credemassicurazioni.it/it/contatti/segnalazione-reclami La Funzione Reclami di Credemassicurazioni ti fornirò una risposta entro massimo 45 giorni dal ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa. Detto termine, qualora il reclamo riguardi il comportamento di eventuali Agenti di cui si avvale Credemassicurazioni per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, rimane sospeso fino ad un massimo di 15 giorni.
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:	
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.

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.

CREDEM | CREDEMASSICURAZIONI

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.

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

Edizione CRSMO08950XUE0225
Data di ultimo aggiornamento 5 febbraio 2025

Credemassicurazioni SpA - Capitale interamente versato di euro 14.097.120 - REA 218847 presso la Camera di Commercio di Reggio Emilia Registro delle Imprese di Reggio Emilia, Codice Fiscale e Partita IVA 01736230358 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 1.00131- Sede Legale e Direzione: Via Luigi Sani, 3 - 42121 Reggio Emilia (Italia) - Tel: +39 0522 586050 - www.credemassicurazioni.it - info@credemassicurazioni.it - PEC: info@pec.credemassicurazioni.it - La Società ha adottato un Modello ai sensi del D.Lgs. 231/01, di cui Parte Generale e Codice Etico sono consultabili sul sito www.credemassicurazioni.it

Ufficio delle Entrate Reggio Emilia CREDEMASSICURAZIONI S.p.A.

INTRODUZIONE

Salute Protetta by Credemassicurazioni prevede garanzie assicurative a copertura dei rischi *Malattia* o *Infortunio* che possono compromettere la tua salute. Puoi assicurare anche il tuo *Nucleo Familiare* fino a un massimo di sei persone totali.

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

QUESTO PRODOTTO FA PER TE SE:

- **Hai meno di 75 anni**
- **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 già diagnosticate (patologie pregresse l'effetto della *Polizza*)**
- **Vuoi tutelarti per le spese di un eventuale ricovero e\o intervento in strutture private**

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il documento è organizzato nel seguente modo:

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, i rischi esclusi e cosa fare in caso di *Sinistro*.

GARANZIE SEMPRE OPERTANTI

- *Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*
- Paccchetto prevenzione
- Assitenza
- Tutela legale

GARANZIE AGGIUNTIVE

- Forfait in caso di *Ricovero*
- Rimborso spese pre e post *Ricovero*

AREA NON ASSICURATIVA (sempre operante)

- *Carta Servizi*

Saranno operanti solo le garanzie acquistate e indicate nel modulo di *Accettazione della Proposta*.

Ti ricordiamo che il pagamento del *Sinistro* viene corrisposto nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli che troverai in queste sezioni.

GLOSSARIO E GLOSSARIO GIURIDICO

Indica il significato dei principali termini utilizzati nelle *Condizioni di Assicurazione* e riporta il testo degli articoli più significativi del Codice Civile citati con una breve spiegazione.

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 LA CARTA SERVIZI?

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

INDICE

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE 1

1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE 1
2 EFFICACIA DELL'ASSICURAZIONE 1
3 RECESSO E DISDETTA 3
4 INFORMAZIONI SUL PREMIO 4
5 DOVE VALE LA COPERTURA 5
6 ALTRE INFORMAZIONI 5
7 COMUNICAZIONI 6

SEZIONE I – SPESE MEDICHE 7

8 CHE COSA POSSO ASSICURARE 7
9 CHE COSA NON È ASSICURATO 10
10 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI 11
11 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 12

SEZIONE II - ASSISTENZA 14

12 CHE COSA POSSO ASSICURARE 14
13 CHE COSA NON È ASSICURATO 16
14 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI 17
15 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 17

SEZIONE III – TUTELA LEGALE 18

16 CHE COSA POSSO ASSICURARE 18
17 CHE COSA NON È ASSICURATO 19
18 LIMITI, FRANCHIGIE E\O SCOPERTI 20
19 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 20

AREA NON ASSICURATIVA 22

20 CARTA SERVIZI 22
21 CHE COSA FARE PER ATTIVARE LA CARTA SERVIZI 22

APPENDICE 1 – TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ 24

APPENDICE 2 - GRAVI PATOLOGIE 26

GLOSSARIO 1

ALLEGATI

FAC SIMILE DEL MODULO DI PROPOSTA

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).

Se il *Contraente* trasferisce la residenza fuori dall'Italia, deve informare immediatamente *Credemassicurazioni*. Le garanzie termineranno a mezzanotte del giorno in cui si è trasferito.
Se il *Contraente* non informa *Credemassicurazioni* del trasferimento, fermo restando quanto indicato al paragrafo precedente, dovrà 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, abbia 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, abbia massimo 75 anni non compiuti
- Residente in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

La *Polizza* vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Una volta compiuti 75 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 del giorno di "*Decorrenza* della *Polizza*" indicato nel modulo di *Accettazione della Proposta*. In alternativa ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento del *Premio*. Il contratto ha durata iniziale di un anno.

Se il *Contraente* non paga il *Premio*, la *Polizza* viene sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza e riprende validità dalle ore 24 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.

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 potranno 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*, invierà al *Contraente* una comunicazione con indicato il *Premio* di rinnovo per l'annualità successiva.
Puoi non rinnovare la *Polizza*, disdettandola, 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*. 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, trovano applicazione anche le seguenti regole aggiuntive:

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

Esempi

- Polizza Salute Protetta by Credemassicurazioni – data effetto 12/05/2023
- *Sostituzione di Polizza* con effetto 12/11/2023 – Il *Contraente* conferma le precedenti garanzie, resta come unico *Assicurato* di polizza e acquista anche la garanzia "Forfait in caso di *Ricovero*".

Il 01/12/2023, il *Contraente* e *Assicurato* 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 *Carenza* di 30 giorni rispetto alla data di sostituzione e quindi il *Sinistro* non è in copertura. In caso di *Ricovero* per *Malattie* diagnosticate dopo il 12/12/2023, l'*Assicurato* avrebbe diritto all'Indennizzo del forfait di 2.000 €.
Il 01/12/2023, il *Contraente* e *Assicurato* deve eseguire delle visite mediche per una nuova patologia appena diagnosticata e quindi chiede di attivare la garanzia "Visite specialistiche e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*", già acquistata con la *Polizza Sostituita* e confermata con la nuova *Polizza*	La garanzia "Visite specialistiche e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*" era già presente nella *Polizza Sostituita*, pertanto non si applica la *Carenza*.
Il 01/02/2024 il *Contraente* e *Assicurato* esegue un Ricovero a seguito di una patologia che gli è stata diagnosticata a luglio 2023.	L'*Assicurato* ha acquistato la garanzia "Forfait in caso di *Ricovero*" in occasione della *Sostituzione* di *Polizza*. Dato che la patologia è stata diagnosticata a luglio 2023 e quindi prima della decorrenza della nuova *Polizza*, il *Sinistro* non è in copertura.

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

Nel caso in cui il *Contraente* sia già titolare di una polizza Protezione Salute di *Credemassicurazioni* e chieda, 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, trovano applicazione anche le seguenti regole aggiuntive:

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

Esempi

- Polizza Protezione Salute – data effetto 12/05/2020
- *Cambio di Prodotto* con Salute Protetta by Credemassicurazioni con effetto 12/05/2024 – Il *Contraente* conferma le precedenti garanzie, resta come unico *Assicurato* di polizza e acquista anche la garanzia "Forfait in caso di *Ricovero*".

Il 01/06/2024, il *Contraente* e *Assicurato* 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 Carenza di 30 giorni e quindi il *Sinistro* non è in copertura. In caso di *Ricovero* per *Malattie* diagnosticate dopo il 11/06/2024, l'*Assicurato* avrebbe diritto all'*indennizzo* del forfait di 2.000 €.
Il 01/06/2024, il *Contraente* e *Assicurato* deve eseguire delle visite mediche per una nuova patologia appena diagnosticata e quindi chiede di attivare la garanzia "Visite specialistiche e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*", già acquistata in Protezione Salute e confermata nella presente *Polizza*.	La garanzia "Visite specialistiche *e Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*" era già presente nella polizza Protezione Salute pertanto non si applica la *Carenza*.
Il 01/07/2024 il *Contraente* e *Assicurato* esegue un *Ricovero* a seguito di una patologia che gli è stata diagnosticata a gennaio 2023.	L'*Assicurato* ha acquistato la garanzia "Forfait in caso di *Ricovero*" in occasione del *Cambio Prodotto*. Dato che la patologia è stata diagnosticata a gennaio 2023 e quindi prima della decorrenza della *Polizza* Salute Protetta by *Credemassicurazioni*, il *Sinistro* non è in copertura.

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,* verrà rimborsata al *Contraente* la parte di *Premio* relativa al rischio non corso, al netto delle eventuali 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* (farà 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, farà 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 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* verrà 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 potrà essere applicato un aumento del *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, i *Massimali* delle garanzie riportate nel modulo di *Accettazione della Proposta* ed i relativi *Premi* sono assoggettati ad adeguamento automatico alla scadenza annuale.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- Al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto
- 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 i *Massimali* ed i relativi *Premi* saranno adeguati ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base".

Viene fatta salva la facoltà da parte di *Credemassicurazioni*, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del *Premio*. In tal caso *Credemassicurazioni* comunicherà la variazione al *Contraente*, almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

4.4 AUMENTO DEL *PREMIO* PER ETÀ

Il *Premio* delle garanzie della Sezione I è aumentato 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 viene 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 garanzie **Assistenza** valgono **in tutto il mondo**, **tranne le seguenti prestazioni**: • 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 *Residenza*/domicilio dell'*Assicurato*
SEZIONE III	Le garanzie di **Tutela Legale**: • Danni subìti • 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.

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), potranno 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 rifiuti di firmare il relativo verbale

6.4 ONERI FISCALI

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

6.5 ALTRE ASSICURAZIONI

II *Contraente* e l'*Assicurato* devono tempestivamente comunicare per iscritto a *Credemassicurazioni* l'esistenza e la successiva stipulazione 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* presente 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* invierà 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 web www.credemassicurazioni.it il *Contraente* potrà accedere all'*Area Riservata* per gestire la *Polizza*, visualizzarne i dettagli (ad esempio, le *Coperture Assicurative*, le *Condizioni di Assicurazione*, lo stato dei pagamenti dei *Premi*). Potrà anche effettuare operazioni dispositive come denunciare un *Sinistro* o modificare i propri dati personali. 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

GARANZIE SEMPRE PRESENTI

- Visite Specialistiche e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*
- Paccchetto prevenzione

GARANZIE AGGIUNTIVE

- Rimborso spese pre e post *Ricovero*
- Forfait in caso di *Ricovero*

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
- *Trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *Infortunio* e prescritti dal medico curante\di base\del pronto soccorso
- Onorari medici per *Visite Specialistiche* rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio*

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% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 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*.

Esempio di Sinistro in cui la garanzia è valida:

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 €.

Se il cliente si reca in una struttura convenzionata pagherà solo 35 € di *Franchigia*. Se il cliente preferisce una struttura non convenzionata, pagherà 120 € e dovrà poi chiedere il rimborso tramite il *Portale* www.blueassistance.it.
L'importo rimborsato sarà di € 105 (lo *Scoperto* del 30% su 150 € è di 45 €)

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

!	L'*Assicurato* si reca dal dentista per la visita di controllo annuale ed effettua anche la detartrasi (pulizia dei denti).	La garanzia non è operante per le visite odontoiatriche.

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 (SEMPRE OPERANTE)

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 sono sostenute da Credemassicurazioni*.

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

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

A. Per i neonati fino a 6 mesi di età:
   - Ecografia alle anche
   - Ecocardiogramma
   - Ecografia ai reni

B. Per i minori di 18 anni di età:
   - Controlli per la pratica sportiva: urine, esame chimico e microscopico completo, E.C.G. di base e visita conclusiva da parte del medico con letture referti e consigli medici. Non è compreso il costo del rilascio di eventuali certificati di idoneità.
   - Visita medica internistica che comprende evidenza di eccesso e deficit ponderale e, a seconda del sesso, la valutazione del varicocele o la regolarità del ciclo.

C. Per i maggiori di 18 anni di età:
   - Esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES)
   - Pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica
   - Ecografia prostatica
   - PSA - antigene prostatico specifico - per gli *Assicurati* con più di 50 anni
   - Ecografia mammaria
   - Visita ginecologica con ecografia transvaginale
   - Pap test (per le *Assicurate* dai 25 anni in su)
   - Elettrocardiogramma di base
   - Visita conclusiva da parte del medico coordinatore del pacchetto prevenzione con letture referti e consigli medici

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.

Gli *Accertamenti Diagnostici* o la *Visita Specialistica* devono essere effettuati presso **le *Strutture Convenzionate*** con ***Blue Assistance***, previa richiesta di *Presa in Carico* a *Blue Assistance*, nella sezione dedicata, 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 preventivi 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 RIMBORSO SPESE PRE E POST *RICOVERO*

Credemassicurazioni 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).

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.

Si specifica che restano escluse le spese sostenute durante il *Ricovero* o l'*Intervento Chirurgico* salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

A. Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *Ricovero* o all'*Intervento Chirurgico* reso necessario da *Infortunio* o *Malattia*, 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% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 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, si rompe un ginocchio e ha bisogno di un *Intervento Chirurgico*. Dopo l'operazione, il cliente carica, attraverso il *Portale*, le fatture dell'intervento svolto in regime privato.	Le spese sostenute per l'*Intervento Chirurgico* non sono in copertura.

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 corrisposto 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, nonché 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'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 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* diagnosticati 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
- Il parto, le spese legate alla gravidanza nonché le *Malattie* della gravidanza e i *Ricoveri* per parto e puerperio
- 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 (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *Infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico)
- *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.

Infortuni che siano conseguenza di:
- Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- Partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo)
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche
- Guerre, insurrezioni in genere
- Movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano

- *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 ✕ ⓘ ✔ 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:

Garanzia	*Carenza*	*Scoperto e/o Franchigia*	Limite di *Indennizzo*
Visite Specialistiche e *Accertamenti Diagnostici* non legati *al Ricovero* (sempre operante)	30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la sola *Malattia*. Non è prevista alcuna *Carenza* per gli *Infortuni* e l'aborto post-traumatico	*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 con *Blue Assistance*.	*Massimale* indicato sul modulo di *Accettazione della Proposta*
Pacchetto Prevenzione (sempre operante)	Non è prevista alcuna *Carenza*	Non è previsto alcuno *Scoperto* Non è prevista alcuna *Franchigia*	Una sola volta all'anno assicurativo ed esclusivamente presso centri convenzionati con *Blue Assistance*

Rimborso spese pre e post *Ricovero*	30° giorno successivo a alla decorrenza dell'assicurazione per la sola *Malattia*. Non è prevista alcuna *Carenza* per gli *Infortuni* e l'aborto post-traumatico	*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*.	*Massimale* indicato sul modulo di *Accettazione della Proposta*
Forfait in caso di *Ricovero*	30° giorno successivo alla decorrenza dell'assicurazione per la sola *Malattia*. Non è prevista alcuna *Carenza* per gli *Infortuni* e l'aborto post-traumatico	Non è previsto alcuno *Scoperto* Non è prevista alcuna *Franchigia*	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.

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

L'*Assicurato* 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

La *Forma Diretta* è utilizzabile solamente per le garanzie "*Rimborso spese pre e post Ricovero*", "*Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*" e per usufruire delle prestazioni previste per il "Pacchetto Prevenzione".

Per usufruire della *Forma Diretta*, l'*Assicurato* deve **effettuare la registrazione sul *Portale* presente 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, verrà inviato il modulo di *Presa in Carico* e l'*Assicurato*, al momento della fruizione della prestazione, dovrà versare alla struttura il solo importo della *Franchigia* prevista per la garanzia (tranne per il "Pacchetto Prevenzione").

La *Forma Diretta* è utilizzabile unicamente presso le *Strutture Sanitarie Convenzionate*.

11.3 DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA *FORMA DIRETTA*

A Pacchetto Prevenzione

È possibile effettuare gli esami diagnostici previsti dalla garanzia "Pacchetto Prevenzione" solamente in caso di ricorso a 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 visite 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 sola volta per anno assicurativo.

B *Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*

L'*Assicurato* deve:

- Inoltrare la 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 *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

C Rimborso spese pre e post *Ricovero*

L'*Assicurato* deve:

- Inoltrare la prescrizione medica **indicante la patologia o il sospetto patologico** che rende necessaria la prestazione tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it
- Fornire, 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

11.4 FORMA INDIRETTA

Per richiedere il rimborso relativo alle spese sostenute per le garanzie "*Rimborso spese pre e post Ricovero*", "*Visite Specialistiche* e *Accertamenti Diagnostici* non legati al *Ricovero*" e "Forfait in caso di *Ricovero*" **occorre effettuare la registrazione sul Portale presente sul sito www.blueassistance.it** e allegare la documentazione necessaria per la gestione del *Sinistro*.

11.5 DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER LA *FORMA INDIRETTA*

A Rimborso spese pre e post *Ricovero*

L'*Assicurato* deve:

- Dare, appena possibile, avviso del *Sinistro* a *Credemassicurazioni* allegando la prescrizione medica **indicante la patologia o il sospetto patologico** che rende necessaria la prestazione tramite il *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it
- Fornire 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
- Provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *Struttura Sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.)

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, *Credemassicurazioni*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

B Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non legati al *Ricovero*

L'*Assicurato* deve:

- Dare, appena possibile, avviso del *Sinistro* a *Credemassicurazioni* allegando la 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 *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
- Provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *Struttura Sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.)
- Per quanto riguarda i *Trattamenti di fisiokinesiterapia,* resi necessari da *Infortunio* e prescritti dal medico curante\di base\del pronto soccorso occorrerà allegare, oltre alla fattura delle spese sostenute, anche la relativa documentazione

medica che constati le lesioni obiettivamente constatabili.

A 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*.

11.6 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* annuo, 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*.

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

11.7 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 dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

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

SEZIONE II - ASSISTENZA

12 CHE COSA POSSO ASSICURARE

12.1 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 tre volte per annualità assicurativa**.**

12.2 ASSISTENZA

Prenotazione visite ed esami

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o *Accertamenti Diagnostici*, dietro prescrizione medica, la *Centrale Operativa* provvederà 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
Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *Struttura Sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *Infortunio* o *Malattia* per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, 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
Qualora l'*Assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *Residenza*, a seguito di *Infortunio* o *Malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.
L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'*Assicurato* e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di *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
Qualora l'*Assicurato* richieda 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*.
Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia 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
Qualora l'*Assicurato* necessiti 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
Qualora l'*Assicurato* necessiti 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* potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.
Questi forniranno indicazione all'*Assicurato* su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*Cartella Clinica* o documentazione medica equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *Visite Specialistiche*, immagini radiografiche o quant'altro necessario).
Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della *Centrale Operativa*, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.
Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'*Assicurato* disporrà l'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* provvederanno 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, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata all'*Assicurato*, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.
La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

13 CHE COSA NON È ASSICURATO

13.1 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 (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo)

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

14 LIMITI, *FRANCHIGIE* E\O *SCOPERTI*

14.1 LIMITI D'*INDENNIZZO*

Si riportano nella seguente tabella i limiti relativi alle prestazioni della Sezione II. 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 *Sinistro*
Trasporto in ambulanza	500 €
Invio di un collaboratore domestico	12 ore

Tutte le prestazioni della Sezione II sono operanti fino a tre volte per annualità assicurativa.

15 CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

15.1 OBBLIGHI IN CASO DI *SINISTRO*

Per usufruire delle garanzie di Assistenza, l'*Assicurato* deve contattare le *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.

15.2 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.

15.3 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 III – TUTELA LEGALE

16 CHE COSA POSSO ASSICURARE

16.1 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**.

16.2 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*.

16.3 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, nonché in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

16.4 GARANZIE

- **MALPRACTICE MEDICA**
  Sono coperte le spese sostenute dagli *Assicurati* per la richiesta di risarcimento per danni subìti 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 subìti 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.

16.5 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*.

17 CHE COSA NON È ASSICURATO

17.1 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*

17.2 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 maligno 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, nonché 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 nonché le malattie della gravidanza ei 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 (a titolo esemplificativo: 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

17.3 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*.

18 LIMITI, *FRANCHIGIE* E\O *SCOPERTI*

18.1 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 *Carenza* dalla data di efficacia della copertura assicurativa per le vertenze contrattuali	€ 10.000 per *Sinistro* e con un massimo di € 50.000 per annualità assicurativa

19 CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

19.1 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 nonché 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*, nonché 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

19.2 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**.**

19.3 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

19.4 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*.

19.5 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 subìto 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.

19.6 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

20 CARTA SERVIZI

Con l'acquisto della *Polizza* e finché la stessa è in vigore, *Credemassicurazioni* offre all'*Assicurato* e al suo *Nucleo Famigliare* 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:
- Consulti telefonici medici generici illimitati
- Dodici (12) video consulti 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)

21 CHE COSA FARE PER ATTIVARE LA CARTA SERVIZI

21.1 MODALITÀ DI ACCESSO

Le prestazioni della *Carta Servizi* sono disponibili, previa registrazione, sul *Portale* presente sul sito www.blueassistance.it seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito stesso.

21.2 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 saranno fornite direttamente dai predetti soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni
- I corrispettivi relativi alle prestazioni saranno a carico dell'*Assicurato* che vi provvederà secondo gli accordi presi direttamente con gli stessi
- Le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni saranno fornite direttamente dagli stessi soggetti cui l'*Assicurato* si è rivolto.

Per maggior informazioni in merito all'utilizzo della *Carta Servizi*, scannerizza questo QRCODE 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	RIMBORSO SPESE PRE E POST *RICOVERO*	PACCHETTO PREVENZIONE	VISITE E ACCERTAMENTI NON LEGATI AL *RICOVERO*	FORFAIT IN CASO DI *RICOVERO*
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	3,94%	0,00%	8,85%	2,15%
2	3,82%	0,00%	8,14%	2,09%
3	3,68%	0,00%	7,52%	2,06%
4	3,54%	0,00%	6,99%	2,01%
5	3,38%	0,00%	6,54%	1,98%
6	3,33%	0,00%	6,14%	1,94%
7	3,19%	0,00%	5,76%	1,89%
8	3,09%	0,00%	5,46%	1,87%
9	3,01%	0,00%	5,19%	1,82%
10	2,93%	0,00%	4,93%	1,80%
11	2,83%	0,00%	4,68%	1,76%
12	2,76%	0,00%	4,49%	1,74%
13	2,67%	0,00%	4,29%	1,71%
14	2,60%	0,00%	4,12%	1,67%
15	2,57%	0,00%	3,95%	1,66%
16	2,47%	0,00%	3,80%	1,61%
17	2,41%	0,00%	3,68%	1,59%
18	2,39%	0,00%	3,53%	1,58%
19	2,30%	0,00%	3,41%	1,54%
20	2,26%	0,00%	3,31%	1,53%
21	2,22%	0,00%	3,19%	1,49%
22	2,15%	0,00%	3,09%	1,48%
23	2,12%	0,00%	3,00%	1,46%
24	2,06%	0,00%	2,93%	1,43%
25	2,04%	0,00%	2,82%	1,42%
26	1,98%	0,00%	2,76%	1,39%
27	1,96%	0,00%	2,68%	1,37%
28	1,91%	0,00%	2,62%	1,36%
29	1,87%	0,00%	2,54%	1,34%
30	1,86%	0,00%	2,47%	1,32%
31	1,80%	0,00%	2,43%	1,31%
32	1,77%	0,00%	2,36%	1,29%
33	1,76%	0,00%	2,31%	1,27%
34	1,71%	0,00%	2,26%	1,25%
35	1,68%	0,00%	2,21%	1,24%
36	1,66%	0,00%	2,16%	1,23%
37	1,63%	0,00%	2,11%	1,21%

38	1,61%	0,00%	2,07%	1,19%
39	1,58%	0,00%	2,03%	1,18%
40	1,55%	0,00%	1,99%	1,17%
41	1,53%	66,66%	0,19%	0,31%
42	0,32%	0,00%	0,46%	0,93%
43	0,95%	0,00%	0,74%	1,51%
44	1,57%	0,00%	1,02%	2,10%
45	2,16%	0,00%	1,29%	2,64%
46	2,72%	0,00%	1,53%	3,15%
47	3,24%	0,00%	1,79%	3,59%
48	3,70%	0,00%	2,01%	4,02%
49	4,13%	0,00%	2,24%	4,37%
50	4,49%	0,00%	2,42%	4,68%
51	4,80%	0,00%	2,63%	4,94%
52	5,06%	0,00%	2,80%	5,16%
53	5,28%	0,00%	2,95%	5,33%
54	5,45%	0,00%	3,09%	5,46%
55	5,58%	0,00%	3,22%	5,57%
56	2,89%	0,00%	3,34%	5,64%
57	3,67%	0,00%	3,43%	5,68%
58	4,35%	0,00%	3,52%	5,70%
59	4,97%	0,00%	3,59%	5,70%
60	5,49%	0,00%	3,66%	5,68%
61	5,92%	0,00%	3,70%	5,65%
62	6,26%	0,00%	3,74%	5,61%
63	6,53%	0,00%	3,77%	5,56%
64	6,73%	0,00%	3,80%	5,50%
65	6,86%	0,00%	3,81%	5,44%
66	6,94%	0,00%	3,82%	5,37%
67	6,98%	0,00%	3,82%	5,30%
68	6,98%	0,00%	3,82%	5,22%
69	6,95%	0,00%	3,82%	5,14%
70	6,90%	0,00%	3,81%	5,06%
71	6,83%	0,00%	3,79%	4,98%
72	6,74%	0,00%	3,77%	4,90%
73	6,64%	0,00%	3,74%	4,82%
74	6,54%	0,00%	3,73%	4,74%
75	6,42%	0,00%	3,69%	4,66%

APPENDICE 2 - *GRAVI PATOLOGIE*

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
***Malattia* oncologica maligna o cancro**	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. 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.
Coronaropatia con necessità di *Intervento Chirurgico* o tecniche cardiologiche interventistiche	*Malattia* che determina *Intervento Chirurgico* 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 similari.
Infarto del miocardio	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: • 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 *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	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).
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 *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	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..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene.	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.

Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad *Infortunio* ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	*Malattia* 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 *Malattia*. 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 *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* 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 similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* 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 similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* 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 *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.

Tumori benigni polmonari con necessità di *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono *Intervento Chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*Intervento Chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	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: • Emo-trasfusioni periodiche; • Terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; • Trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione 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..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da *Infortunio* o *Malattia*. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	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 *Cartella Clinica* completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso *Ricovero* in Unità Coronarica)	*Infortuni*, gravi malori improvvisi che necessitano di *Ricovero* in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	*Malattia* 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.

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 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

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* 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.

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.

CARTA SERVIZI

La Carta Servizi 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.

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 nonché 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 / DAY SURGERY

Struttura Sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di *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).

FATTO ILLECITO

L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

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 INDIRETTA

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*.
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*.

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

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*.

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 e 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.

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE
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).

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA
Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato ed effettuate unicamente in *Strutture Sanitarie* autorizzate.

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 riportarti 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."

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.

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."

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*.

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."

Cosa vuol 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*.

CREDEMASSICURAZIONI

SALUTE PROTETTA
by CREDEMASSICURAZIONI
Proposta di Assicurazione

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	
	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE				
ASSISTENZA				
TUTELA LEGALE				
RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO				
FORFAIT IN CASO DI RICOVERO				

massimale rimborso spese pre e post 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	
	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE				
ASSISTENZA				
RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO				
FORFAIT IN CASO DI RICOVERO				

massimale rimborso spese pre e post 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	
	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI				
PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE				
ASSISTENZA				
RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO				
FORFAIT IN CASO DI RICOVERO				

massimale rimborso spese pre e post 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. La variazione anche di una sola di tali informazioni deve essere comunicata immediatamente alla Compagnia.

firma Contraente

FAC - SIMILE

CREDEM | CREDEMASSICURAZIONI

SALUTE PROTETTA
by CREDEMASSICURAZIONI
Proposta di Assicurazione

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	
	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI **PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE** **ASSISTENZA** **RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO** **FORFAIT IN CASO DI RICOVERO**				

massimale rimborso spese pre e post 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	
	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI **PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE** **ASSISTENZA** **RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO** **FORFAIT IN CASO DI RICOVERO**				

massimale rimborso spese pre e post 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	
	prescelto	premio imponibile annuo	imposte	premio lordo annuo
VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI **PACCHETTO PREVENZIONE ANNUALE** **ASSISTENZA** **RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO** **FORFAIT IN CASO DI RICOVERO**				

massimale rimborso spese pre e post 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

FAC - SIMILE

CREDEMASSICURAZIONI

SALUTE PROTETTA
by CREDEMASSICURAZIONI
Proposta di Assicurazione

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 i documenti di informativa precontrattuale ai sensi del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, denominati "Allegato 3 - Informativa sul distributore", "Allegato 4 - Informativa sulla distribuzione del prodotto assicurativo", "Allegato 4 ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore" (quest'ultimo per offerta fuori sede e nel caso di distribuzione mediante tecniche di comunicazione a distanza)
- **Dichiara di aver ricevuto e letto il Set Informativo (CRSMO08950XUE0225), 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 artt. 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 indennizzio, carenze, franchigie e/o scoperti; art. 11.1 - Obblighi in caso di sinistro;

SEZIONE II - ASSISTENZA -> art. 13.1 - Rischi esclusi; art. 14.1 - Limiti di indennizzo; art. 15.1 - Obblighi in caso di sinistro;

SEZIONE III - TUTELA LEGALE -> art. 17.1 - Spese non coperte dalla garanzia; art. 17.2 - Rischi esclusi; art. 18.1 - Limiti di indennizzo e carenze; art. 19.1 - 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	

FAC-SIMILE