



Copertura Sanitaria

Corpo dei Vigili del Fuoco

***Guida al piano
sanitario***



ONA
Opera Nazionale
Assistenza

Guida al Piano sanitario Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire i capitolati, dei quali evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

I capitolati A, B e C restano, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Assistenza per la Salute

800 954 454

dall'Italia

+39 011 742 5522

dall'estero

Servizio clienti

Buongiorno Reale

800 320 320

*Dal lunedì al sabato dalle ore 08.00 alle ore 20.00
buongiorno reale@realemutua.it*

*dalle ore 08.00 alle ore 18.00 dal lunedì al
venerdì e dalle ore 08.00 alle ore 12.00 il
sabato per le prestazioni sanitarie*



SOMMARIO

1.	SOMMARIO	3
2.	BENVENUTO	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1	Se scegli una struttura convenzionata con Blue Assistance	6
3.2	Se scegli una struttura non convenzionata con Blue Assistance	8
3.3	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE.....	10
4.1.	Il sito di Blue Assistance	10
4.1.1.	Come registrarmi e accedere ai servizi nell'Area clienti?	10
4.1.2.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	11
4.1.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.1.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
4.1.5.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.	L'app di Blue Assistance.....	14
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app Blue Assistance?	14
4.2.2.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	15
4.2.3.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	15
	PIANO SANITARIO A	16
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	17
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	17
6.1	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura	18
6.1.1	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico	18
6.1.2	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico	20
6.2	Prestazioni di alta specializzazione	21
6.3	Visite specialistiche.....	22
6.4	Accertamenti diagnostici	23
6.5	Malattie oncologiche	24
6.6	Malattie cardiovascolari	26
6.7	Prevenzione.....	28
6.8	Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva	30
6.9	Garanzie Aggiuntive.....	32
6.9.1	Terapia fisica e riabilitazione.....	32
6.9.2	Grandi Ustioni a seguito di infortunio	33
6.9.3	Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio	35

6.9.4	Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio	37
6.9.5	Rischio nucleare.....	39
6.9.6	Terapia iperbarica	40
6.9.7	Traumi dentari a seguito di infortunio.....	42
6.10	Trasporto	43
6.11	Prestazioni a tariffe agevolate Blue Assistance... ..	43
6.12	Servizi di consulenza.....	43
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	45
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	46
8.1	Persone non assicurabili	46
8.2	Validità territoriale.....	46
8.3	Limiti di età.....	47
8.4	Gestione dei documenti di spesa.....	47
8.5	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?.....	47
9.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	48
	PIANO SANITARIO B.....	52
1.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	53
2.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	54
2.1	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura	54
2.1.1	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico	55
2.1.2	Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico.....	57
2.2	Prestazioni di alta specializzazione.....	57
2.3	Malattie oncologiche	59
2.4	Malattie cardiovascolari.....	61
2.5	Prevenzione	63
2.6	Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva	64
2.7	Garanzie Aggiuntive (garanzie operanti per il soli quiescenti).....	66
2.7.1	Terapia fisica e riabilitazione	66
2.7.2	Grandi Ustioni a seguito di infortunio	67
2.7.3	Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio	68
2.7.4	Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio.....	70
2.7.5	Rischio nucleare.....	72
2.7.6	Terapia iperbarica.....	73
2.7.7	Traumi dentari a seguito di infortunio	74
2.8	Trasporto	75
2.9	Servizi di consulenza	75
3.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	76

4.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	78
4.1	Persone non assicurabili.....	78
4.2	Inclusioni/esclusioni.....	78
4.3	Validità territoriale.....	79
4.4	Limiti di età	80
4.5	Gestione dei documenti di spesa	80
4.6	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	80
5.	PREMI	81
6.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	84
	PIANO SANITARIO C	88
1.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	89
2.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	90
2.1	Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico	90
2.1.1	Trasporto sanitario.....	92
2.1.2	Rimpatrio della salma.....	92
2.2	Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico	92
2.2.1	Trasporto sanitario.....	95
2.3	Parto senza taglio cesareo (naturale).....	95
2.4	Anticipo.....	96
2.5	Massimale assicurato	97
3.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	97
4.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	98
4.1	Persone non assicurabili	98
4.2	Inclusioni/esclusioni.....	98
4.3	Validità territoriale.....	99
4.4	Limiti di età	100
4.5	Gestione dei documenti di spesa.....	100
4.6	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	100
5.	PREMI	101



2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l’utilizzo della garanzia sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da Blue Assistance

Su www.blueassistance.it, hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo “Servizi on line e mobile”** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 Se scegli una struttura convenzionata con Blue Assistance

Blue Assistance ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.blueassistance.it nell’Area riservata o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile. Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole garanzie) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra Blue Assistance e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da Blue Assistance**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Blue Assistance, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

In caso di mancanza di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance in prossimità della dimora dell'Assicurato (intendendo per prossimità una distanza minore di 50 km)

Nel caso in cui, in virtù di ciò, l'Assicurato scelga di usufruire di una struttura sanitaria non convenzionata, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità previste in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato. **Per attivare questa modalità di erogazione delle prestazioni, è necessario che l'Assicurato contatti preventivamente la centrale operativa al numero verde indicato a inizio guida. La centrale operativa verificherà l'effettiva mancanza di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, e solo in questo caso autorizzerà la modalità di erogazione sopra indicata.**

3.2 Se scegli una struttura non convenzionata con Blue Assistance

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con Blue Assistance. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.blueassistance.it all'interno dell'Area riservata: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a Blue Assistance – Ufficio Rimborso Spese Sanitarie – Via Santa Maria, 11 – 10122 Torino.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole garanzie del Piano sanitario:

il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.blueassistance.it;

in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;

in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

in caso di **indennità giornaliera per parto**, copia della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;

copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, Blue Assistance avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Blue Assistance potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.blueassistance.it all'interno dell'Area riservata. È facile e veloce!

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a Blue Assistance – Ufficio Rimborso Spese Sanitarie – Via Santa Maria, 11 – 10122 Torino.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

4.1 Il sito di Bue Assistance

Sul sito www.blueassistance.it all'interno dell'Area clienti puoi: **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**; chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;

chiedere la presa in carico per le prestazioni in forma **diretta** visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;

consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;

consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;

4.1.1 Come faccio a registrarmi al sito www.blueassistance.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito Blue Assistance.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Nella home page del sito www.blueassistance.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, la password deve essere di almeno 8 caratteri di cui almeno 4 alfabetici e 2 numerici, un carattere maiuscolo ed un carattere speciale, non può contenere più di 2 caratteri ripetuti e non può contenere la username e il proprio nome e cognome.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone “Hai dimenticato la username?” e “Hai dimenticato la password?” sulla home page “AREA RISERVATA/Registrazione” e inserire i dati richiesti.

4.1.2 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell’Area clienti e **accedi alla sezione “LA TUA POLIZZA/Vedi tutti i dati e modifica”**. In base alle tue esigenze puoi:
aggiornare il tuo indirizzo e quello dei tuoi familiari;
comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere le informazioni utili relative ai tuoi sinistri e a quelli dei tuoi familiari sul tuo cellulare e sulla tua e-mail

4.1.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **“GESTIONE RICHIESTE/NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO”** e segui le indicazioni.

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a Blue Assistance – Ufficio Rimborso Spese Sanitarie – Via Santa Maria, 11 – 10122 Torino.

4.1.4 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione “GESTIONE RICHIESTE/CONSULTA RICHIESTE DI RIMBORSO”**.

Trovi l'elenco delle fatture che hai caricato, con l'indicazione dello stato di lavorazione e il numero di sinistro associato.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi

inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e la data del pagamento.

Cliccando su ogni singolo documento puoi consultare i dettagli del sinistro e scaricare la documentazione medica, le comunicazioni e il prospetto di liquidazione.

4.1.5 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "MEDICI E STRUTTURE"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per geolocalizzare le strutture e i medici convenzionati con Blue Assistance in base al tipo di struttura o alla prestazione.

4.2 L'app di Blue Assistance

Con la nuovissima app di Blue Assistance, puoi:

chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;

consultare l'elenco delle richieste di rimborso e dirette per verificare lo stato di lavorazione delle pratiche. E' possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da Blue Assistance;

consultare l'elenco delle strutture e dei medici convenzionati

4.2.1 Come faccio a scaricare l'app Blue Assistance?

L'app Blue Assistance è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "Blue Assistance" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.blueassistance.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

4.2.2 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in pochi semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

4.2.3 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. E' possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fasi di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e la data del pagamento

Per quanto riguarda i rimborsi, se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Cliccando su ogni singolo documento puoi consultare i dettagli del sinistro e scaricare la documentazione medica, le comunicazioni e il prospetto di liquidazione.

PIANO SANITARIO A

PIANO SANITARIO A

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore di tutto il personale in servizio del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e si intende valida:

- durante il permanere del rapporto di assistenza con la Contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto con l'Amministrazione di appartenenza;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- malattie oncologiche;
- malattie cardiovascolari;
- prevenzione;
- chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser ingenero per il recupero della acutezza visiva;
- garanzie aggiuntive per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali;
- trasporto;
- prestazioni a tariffe agevolate Blue Assistance;
- servizi di consulenza.

6.1 Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura

Nel caso l'Assicurato venga dimesso nella stessa giornata, e il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre-festiva, il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

In caso di ricovero che comporti il rimborso di prestazioni nell'ambito delle garanzie "Malattie Oncologiche", "Malattie cardiovascolari", "Grandi Ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", "Terapia fisica e riabilitazione", l'indennità verrà erogata in aggiunta al predetto rimborso.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità, si provvede a corrispondere l'importo di cui alle singole garanzie per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

L'indennità verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga in una struttura pubblica o privata

In caso di eventuale adesione al Piano sanitario C, l'Assicurato avrà comunque diritto ad un solo rimborso per uno stesso evento: potrà quindi scegliere tra l'indennità giornaliera di cui al presente Piano sanitario A, oppure il rimborso delle spese di cui Piano sanitario C.

6.1.1 Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico

L'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (è compreso il parto cesareo, l'aborto terapeutico e l'aborto spontaneo), avrà diritto a un'indennità di:

- € **60,00** per ogni giorno di ricovero, a partire dalla **6°** notte di ricovero e per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro;
- in caso di ricovero a seguito di "**Grande intervento chirurgico**", intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 9, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di € **70,00** per ogni giorno di ricovero, a partire dalla **1°** notte di ricovero e per un periodo non superiore a **90** giorni per sinistro;

- in caso di **day-hospital chirurgico/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale**, L'Assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 40,00** per ogni giorno di ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale, per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro.

Spese di pre e post ricovero

È previsto il rimborso integrale delle spese sostenute per:

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei **45** giorni precedenti il ricovero e ad esso collegate;
- visite specialistiche, medicazioni, ausili e presidi, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei **60** giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura e ad esso collegate.

Il massimale annuo a disposizione per le spese di pre e post ricovero è di € 3.750,00 per Assicurato.

Spese per accompagnatore

Qualora, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

Si precisa che le spese pre e post ricovero e le spese per accompagnatore sono liquidabili solo nel caso di corresponsione dell'indennità giornaliera

6.1.2 Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico

L'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico, anche in regime di day-hospital, avrà diritto a un'indennità di **€ 20,00** per ogni giorno di ricovero, a partire dalla **4ª** giornata di ricovero e per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro.

La giornata di entrata e di uscita sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

La garanzia è operante esclusivamente per ricoveri a seguito di infortunio/malattia verificatisi durante l'orario di servizio compreso il rischio in itinere, dichiarati dall'Amministrazione. Sono compresi gli obblighi previsti per il personale operativo libero dal servizio purchè dichiarati dall'Amministrazione. Si intendono compresi i ricoveri per trattamenti chemioterapici ormonali, immunoterapeutici, citostatici, antitumorali, cobaltoterapici e radioterapici per malattie oncologiche anche se non dipendenti da motivi/cause di servizio.

Spese per accompagnatore

Qualora, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore
è di € 2.600,00 per Assicurato.**

Si precisa che le spese per accompagnatore sono liquidabili solo nel caso di corresponsione dell'indennità giornaliera

6.2 Prestazioni di alta specializzazione

<ul style="list-style-type: none"> – Chemioterapia – Radioterapia e radiochirurgia a scopo non fisioterapico 	<ul style="list-style-type: none"> – Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (*) – Ecografia della tiroide anche color Doppler (*)
<ul style="list-style-type: none"> – Elettroencefalografia – Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto(*) – Angio RMN anche con liquido di contrasto (*) – Scintigrafia (*) – Ecocardiografia color Doppler (anche transesofagea) (*) – Tomografia Assiale Computerizzata senza e con mezzo di contrasto(*) – Tomografia emissione positroni PET (*) – Mineralometria ossea computerizzata (*) – Ricerche genetiche per malformazioni, Amniocentesi, Prelievo dei villi cariali e Analisi del cariotipo – Elettrocardiogramma normale (*) – Elettrocardiogramma da sforzo (*) – Elettrocardiogramma Holter (*) – Ecografia prostatica transrettale(*) – Ecografia transvaginale (*) – Ecografia scrotale (*) – Esofagogastroduodenoscopia – Rettosigmoidocolonscopia – cistoureteroscopia 	<ul style="list-style-type: none"> – Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler(*) – Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler(*) – Esofagogastroduodenoscopia – Adroterapia – Ultrasonografia Ossea quantitativa – TC Multislice coronarica – Angiografia di qualsiasi tipo – Laserterapia non a scopo fisioterapico (in quanto già prevista nella garanzia "Terapia Fisica) – Esame urodinamico completo – Elettromiografia – Rettosigmoidocolonscopia – Cistoureteroscopia – <p>Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, pap test e relativi esami citodiagnostici).</p>

(*) compresa la visita specialistica relativa **purché l'esame di diagnostica**, anche per immagini, e la **visita siano effettuati**, anche non contestualmente, **esclusivamente presso strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati.**

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 80,00** per ogni per ogni accertamentodiagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Blue Assistance, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 6.700,00 per Assicurato.**

6.3 Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al

fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona e per anno assicurativo.

6.4 Accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 500,00 per persona.

6.5 Malattie oncologiche

Il Piano sanitario liquida le spese **in caso di neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne derivanti dall'attività professionale**, per:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- trattamenti psicoterapici, supporto psicologico **su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra**;
- farmaci;
- protesi;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate con le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura (compreso il day-hospital e l'intervento chirurgico ambulatoriale) nella misura del **65%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.500,00** per ricovero;
- in caso di prestazioni extra ricovero nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 90,00** per prestazione/ciclo di terapia;

Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura

Piano sanitario A
alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo
prevede nel limite di € 50,00 al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 25.000,00 per Assicurato.**

**Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

6.6 Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomiche e fisiopatologiche;
- termoablazione o crioablazione transcateretere a cuore aperto o per via percutanea
- by-pass aorto-coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendarterectomia carotidea/ trattamento chirurgico delle stenosi carotidiche con tromboendarterectomia carotidea operata per via percutanea con stent anche medicato
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari
- impianto di pacemaker cardiaci (PMK e CRT)
- cardiovertitore-defibrillatori impiantabili

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- farmaci;
- protesi;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della

patologia cardiovascolare.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate con le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura (compreso il day-hospital) nella misura del **65%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.500,00** per ricovero;
- in caso di prestazioni extra ricovero nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 90,00** per prestazione/ciclo di terapia;

Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria

la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 25.000,00 per Assicurato.**

**Il sottomassimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

6.7 Prevenzione

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno, per tipologia di prestazione**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casidi familiarità.

- endoscopia respiratoria:
 - rinoscopia;
 - faringoscopia;
 - laringoscopia;
 - tracheoscopia;
 - broncoscopia;
- endoscopia dell'apparato urinario;
- endoscopia digestiva:
 - esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
 - rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
- haemoccult (ricerca sangue occulto nelle feci);
- esame citologico delle urine (3 campioni);
- TC spirale e HRCT - tomografia computerizzata ad alta risoluzione (per l'esecuzione di questo esame é necessaria la prescrizione

medica);

- visita specialistica cardiologica + e.c.g.
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Per le donne:

- esame mammografico (tradizionale e 3D) per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età (per l'esecuzione di questo esame è necessaria la prescrizione medica);
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata).

Per gli uomini:

- esame di laboratorio P.S.A., per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età.

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici con biopsia, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

• **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

• **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

6.7.1 Pacchetto Check Tiroide

- TSH
- FT3
- FT4
- Se valori alterati Ecografia tiroidea

Le prestazioni sopra riportate potranno essere richieste una sola volta l'anno, soltanto tramite utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati (tramite presa in carico diretta). Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse dalla Compagnia, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Non sarà possibile attivare la tradizionale forma rimborsuale.

6.8 Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva

La presente garanzia è operante limitatamente al Personale operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della funzionalità visiva, allo scopo del mantenimento dei requisiti di acuità visiva previsti per l'idoneità al servizio di istituto certificata da medico specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica, nonché le spese sostenute correlate all'intervento comprensive degli accertamenti strumentali necessari.

Per il restante personale:

Viene garantita la liquidazione delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali) oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € **600,00** per evento. Per ottenere il rimborso è

necessaria la presentazione della copia della documentazione medicasopra indicata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia della documentazione medica sopra indicata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di €
1.000,00 per occhio;

Il massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.

6.9 Garanzie Aggiuntive

La garanzia comprende le seguenti garanzie aggiuntive operanti per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali compresi gli obblighi previsti per il personale operativo libero dal servizio.

Si precisa che il personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, in regime di distacco sindacale di cui agli accordi collettivi in materia, nell'espletamento delle proprie attività sindacali, è considerato in servizio a tutti gli effetti.

6.9.1 Terapia fisica e riabilitazione

La garanzia è operante per gli infortuni subiti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali, compresi gli obblighi previsti per il personale operativo libero dal servizio, o doveri di

Ufficio del Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, e Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, nonché il personale non appartenente ai Ruoli Operativi compreso il rischio in itinere.

L'infortunio deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso o altra certificazione medica equipollente, rilasciata da medico specialista attinente all'evento o dal medico del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, per il personale di propria competenza in caso di infortuni occorsi al personale appartenente ai Ruoli Operativi del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, al di fuori dell'attività lavorativa, che abbiano determinato fratture ossee, documentati da certificato di pronto soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento, vengono riconosciute le prestazioni fisioterapiche rieducative necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica, eseguite nei 120 giorni successivi all'evento (data di infortunio).

La presente garanzia è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 2.500,00 per Assicurato.

6.9.2 Grandi Ustioni a seguito di infortunio

La garanzia è operante in caso di incidenti avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo dei

Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il **9%** della superficie corporea, ad eccezione delle ustioni di secondo e terzo grado che interessino il volto, le mani e gli arti superiori, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- interventi chirurgici di plastica ricostruttiva;
- spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive;
- farmaci;
- protesi, ausili e presidi sanitari;
- visite specialistiche;
- altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa compresi i trattamenti fisioterapici, riabilitativi, psicoterapici e fango balneo terapeutici (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) o anche esclusivamente per la riparazione estetica.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 17.920,00 per Assicurato.**

**Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

6.9.3 Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino avvelenamenti, intossicazioni da fumi, gas e vapori, shock e traumi anche psichici, certificati da un Pronto Soccorso.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;

- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- trattamenti psicoterapici, supporto psicologico **su prescrizione del medico specialista psichiatra**;
- farmaci;
- protesi, ausili, presidi sanitari;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell’infortunio o della susseguente eventuale patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l’applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del **20%**. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 22.000,00 per Assicurato.

Relativamente ai traumi psichici è previsto un sotto massimale di € 500,00.

Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

6.9.4 Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, che causino la perdita dell'udito anche parziale(*) e/o della vista anche monolaterale, certificata da un Pronto Soccorso.

(*) La perdita dell'udito dovrà essere corrispondente ai livelli stabiliti dal D.M. (Interno) del 05/02/02 che determinano l'inidoneità al servizio di Istituto (Per perdita uditiva si intende: la sordità monolaterale, le ipoacusie bilaterali con perdita di funzionalità uditiva in dB maggiore di 65 calcolata sulla media delle cinque frequenze fondamentali (500 1000 2000 3000 4000 Hz).

I parametri sopra indicati sono applicati anche al personale SATI.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- farmaci;

- protesi, ausili, presidi sanitari;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell’infortunio o della susseguente eventuale patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l’applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell’Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell’Istituto di cura (o in struttura

alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 24.000,00 per Assicurato.
Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

6.9.5 Rischio nucleare

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, qualora l'Assicurato venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessiti di cure inerenti.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- farmaci;
- ausili, presidi sanitari;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio e della eventuale patologia correlata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con

Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 17.920,00 per Assicurato.**

**Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

6.9.6 Terapia iperbarica

Nel caso in cui l'operatore subacqueo in servizio venga colpito, per cause accidentali, da malattia da decompressione, che comporti un immediato ricovero e/o trattamento ambulatoriale compreso il regime di day hospital, la Società liquiderà le spese correlate per cure e/o terapie iperbariche sostenute durante il ricovero e le cure e/o terapie iperbariche di mantenimento.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 12.750,00 per Assicurato.**

Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

6.9.7 Traumi dentari a seguito di infortunio

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante l'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, certificati da un Pronto Soccorso, che comportino la necessità di cure dentarie ricostruttive comprese le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia del certificato di Pronto Soccorso.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 10.000,00 per Assicurato.

6.10 Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento chirurgico", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", "Grandi ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario, elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 3.500,00 per ricovero, elevato a € 25.000,00 in caso di utilizzo di aereo sanitario.

6.11 Prestazioni a tariffe agevolate Blue Assistance

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile scaricare un voucher nell'Area clienti, all'interno della sezione **DOCUMENTI/VOUCHER TARIFFE AGEVOLATE**, che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati Blue Assistance con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.12 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800 - 954 454** dal lunedì al

venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **0117425522**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni; indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);

centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

7 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo digaranzia prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto previsto al punto "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio");
2. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
3. il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
4. gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quellisofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.
5. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto al punto "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
6. Le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "Traumi dentari a seguito di infortunio" e salvo in caso di infortunio comprovato da referto di Pronto Soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto ai punti "Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" e "Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico");
7. le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto ai punti

- "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi, anche psichici, a seguito di infortunio", "Grandi Ustioni a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;
8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "Rischio nucleare");
9. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Società di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

8.2 Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione (se prevista dal Piano sanitario) e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da Blue Assistance che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità

in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso, se previsto dal Piano sanitario.

8.3 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **76°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

8.4 Gestione dei documenti di spesa

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance

la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Blue Assistance effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge.

Qualora Blue Assistance dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.5 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza ed aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di

rimborso, Blue Assistance provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Isritto.

9 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transtorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per distacco di retina

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia)

totale o parziale)

- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica

- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo

PIANO SANITARIO B

PIANO SANITARIO B

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, a favore del:

- Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento;
- Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare;
- Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare.

Per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente more uxorio e i figli risultanti da stato di famiglia o fiscalmente a carico.

L'inserimento del nucleo familiare come sopra indicato comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari.

La validità della copertura assicurativa per ogni assicurato è subordinata a:

- appartenenza al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, del capo nucleo del nucleo familiare aderente;
- pensionamento dal Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, o dall'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio nucleo familiare;

- appartenenza all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del caponucleo aderente per sé ed il proprio nucleo familiare.

In caso di cessazione delle condizioni sopra indicate, le garanzie del presente contratto cesseranno con effetto dalla prima scadenza annuale successiva.

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia insorta durante l'operatività del contratto e di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le seguenti garanzie:

- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura;
- prestazioni di alta specializzazione;
- malattie oncologiche;
- malattie cardiovascolari;
- prevenzione;
- chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser ingegnere per il recupero della acutezza visiva;
- garanzie aggiuntive (garanzie operanti per il solo personale inquiscenza);
- trasporto;
- servizi di consulenza.

2.1 Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura

Nel caso l'Assicurato venga dimesso nella stessa giornata, e il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre-festiva, il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

In caso di ricovero che comporti il rimborso di prestazioni nell'ambito delle garanzie "Malattie Oncologiche", "Malattie cardiovascolari", "Grandi Ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", "Terapia fisica e riabilitazione", l'indennità verrà erogata in aggiunta al predetto rimborso.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità, si provvede a corrispondere l'importo di cui alle singole garanzie per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

L'indennità verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga in una struttura pubblica o privata

In caso di eventuale adesione al Piano sanitario C, l'Assicurato avrà comunque diritto ad un solo rimborso per uno stesso evento: potrà quindi scegliere tra l'indennità giornaliera di cui al presente Piano sanitario B, oppure il rimborso delle spese di cui Piano sanitario C.

2.1.1 Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico

L'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (è compreso il parto cesareo, l'aborto terapeutico e l'aborto spontaneo), avrà diritto a un'indennità di:

- € **60,00** per ogni giorno di ricovero, a partire dalla **6°** notte di ricovero e per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro;
- in caso di ricovero a seguito di "**Grande intervento chirurgico**", intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 9, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di € **70,00** per ogni giorno di ricovero, a partire dalla **1°** notte di ricovero e per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro;

- in caso di **day-hospital chirurgico/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale**, L'Assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 40,00** per ogni giorno di ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale, per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro.

Spese di pre e post ricovero

È previsto il rimborso integrale delle spese sostenute per:

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei **45** giorni precedenti il ricovero e ad esso collegate;
- visite specialistiche, medicazioni, ausili e presidi, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei **60** giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura e ad esso collegate.

Il massimale annuo a disposizione per le spese di pre e post ricovero è di € 3.750,00 per Assicurato.

Spese per accompagnatore

Qualora, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

Si precisa che le spese pre e post ricovero e le spese per accompagnatore sono liquidabili solo nel caso di corresponsione dell'indennità giornaliera

2.1.2 Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico

L'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico, anche in regime di day-hospital, avrà diritto a un'indennità di **€ 20,00** per ogni giorno di ricovero, a partire dalla **3°** notte di ricovero e per un periodo non superiore a **60** giorni per sinistro.

La giornata di entrata e di uscita sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Limitatamente al personale in quiescenza, si intendono compresi i ricoveri per trattamenti chemioterapici ormonali, immunoterapeutici, citostatici, antiblastici, cobaltoterapici e radioterapici per malattie oncologiche anche se non dipendenti da motivi/cause di servizio.

Spese per accompagnatore

Qualora, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

Si precisa che le spese per accompagnatore sono liquidabili solo nel caso di corresponsione dell'indennità giornaliera

2.2 Prestazioni di alta specializzazione

<ul style="list-style-type: none"> – Chemioterapia – Radioterapia e radiocirurgia a scopo non fisioterapico – Elettroencefalografia – Risonanza Magnetica Nucleare anche con liquido di contrasto(*) 	<ul style="list-style-type: none"> – Ecografia vascolare color Doppler dei vasi epiaortici (*) – Ecografia della tiroide anche color Doppler (*) – Ecografia dell'apparato locomotore arti superiori ed inferiori anche color Doppler(*)
--	---

<ul style="list-style-type: none"> – Angio RMN anche con liquidodi contrasto (*) – Scintigrafia (*) – Ecocardiografia color Doppler(anche transesofagea) (*) – Tomografia Assiale Computerizzata senza e conmezzo di contrasto(*) – Tomografia emissione positroniPET (*) – Mineralometria ossea computerizzata (*) – Ricerche genetiche per malformazioni, Amniocentesi, Prelievo dei villi cariali e Analisisel cariotipo – Elettrocardiogramma normale(*) – Elettrocardiogramma da sforzo(*) – Elettrocardiogramma Holter (*) – Ecografia prostatica transrettale (*) – Ecografia transvaginale (*) – Ecografia scrotale (*) 	<ul style="list-style-type: none"> – Ecografia addome superiore ed inferiore anche color Doppler(*) – Adroterapia – Ultrasonografia Ossea quantitativa – TC Multislice coronarica – Angiografia di qualsiasi tipo – Laserterapia non a scopo fisioterapico (in quanto già prevista nella garanzia "Terapia Fisica") – Esame urodinamico completo – Elettromiografia – Esofagogastroduodenoscopia – Rettosigmoidocolonscopia – cistoureteroscopia <p>Nell'ambito della diagnostica per immagini sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, biopsia, pap test e relativi esami citodiagnostici).</p>
--	---

(*) compresa la visita specialistica relativa **purché l'esame di diagnostica**, anche per immagini, **e la visita siano effettuati**, anche non contestualmente, **esclusivamente presso strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati.**

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 80,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Blue Assistance, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 6.700,00 per Assicurato.**

2.3 Malattie oncologiche

Il Piano sanitario liquida le spese **in caso di neoplasia maligna a carico di un qualunque organo, ivi comprese il mesotelioma o altre neoplasie maligne**, per:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- trattamenti psicoterapici, supporto psicologico **su prescrizione del medico specialista oncologo o psichiatra**;

- farmaci;
- protesi;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura della patologia e delle sequele tutte nonché le prestazioni di medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate con le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura (compreso il day-hospital e l'intervento chirurgico ambulatoriale) nella misura del **65%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.500,00** per ricovero;
- in caso di prestazioni extra ricovero nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 90,00** per prestazione/ciclo di terapia;

Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di

dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di € 50,00 al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 25.000,00 per Assicurato.
Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

2.4 Malattie cardiovascolari

In caso di malattia cardiaca comportante:

- ischemia del miocardio in tutte le sue varianti anatomocliniche e fisiopatologiche;
- termoablazione o crioablazione transcatetere a cuore aperto o per via percutanea
- by-pass aorto-coronarico
- angioplastica coronarica percutanea senza o con apposizione di stent anche medicati
- tromboendoarterectomia carotidea/ trattamento chirurgico delle stenosi carotidee con tromboendoarterectomia carotidea operata per via percutanea con stent anche medicato
- chirurgia cardiaca valvolare a cuore aperto o per via percutanea
- chirurgia vascolare dell'aorta toracica, aorta addominale ed arterie iliache a cielo aperto o per via percutanea, anche con apposizione di stent medicati o endoprotesi vascolari
- impianto di pacemaker cardiaci (PMK e CRT)
- cardiovertitore-defibrillatori impiantabili

il Piano sanitario prevede le seguenti spese sostenute per:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- farmaci;

- protesi;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dell'epatologia cardiovascolare.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate con le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura (compreso il day-hospital) nella misura del **65%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.500,00** per ricovero;
- in caso di prestazioni extra ricovero nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 90,00** per prestazione/ciclo di terapia;

Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di € 50,00 al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 25.000,00 per Assicurato.

Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

2.5 Prevenzione

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno, per tipologia di prestazione, in strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

In caso di mancanza di strutture convenzionate con Blue Assistance in prossimità della dimora dell'Assicurato (intendendo per prossimità una distanza minore di 50 km), la garanzia prevede il rimborso integrale dei ticket sanitari per le prestazioni previste dalla presente garanzia.

- endoscopia respiratoria:
 - rinoscopia;
 - faringoscopia;
 - laringoscopia;
 - tracheoscopia;
 - broncoscopia;
- endoscopia dell'apparato urinario;
- endoscopia digestiva:
 - esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell'apparato digerente);
 - rettosigmoidocolonscopia (esami endoscopici dell'apparato

digerente);

- haemoccult (ricerca sangue occulto nelle feci);
- esame citologico delle urine (3 campioni);
- TC spirale e HRCT - tomografia computerizzata ad alta risoluzione (per l'esecuzione di questo esame è necessaria la prescrizione medica).

Per le donne:

- esame mammografico per le Assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età (per l'esecuzione di questo esame è necessaria la prescrizione medica);
- ecografia mammaria (compresa la visita specialistica associata).

Per gli uomini:

- esame di laboratorio P.S.A., per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età.

Nell'ambito della diagnostica per immagini ed endoscopica sono comprese anche le indagini interventistiche (agoaspirato, agobiopsia, esami citodiagnostici con biopsia, escissioni di formazioni sessili o peduncolate, trattamenti curativi TC o Eco guidati).

2.6 Chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero della acutezza visiva

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di intervento di chirurgia refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere, per il recupero della acutezza visiva qualora non sia possibile ottenere una sufficiente acuità visiva con l'uso di adatte lenti (occhiali, lenti corneali) da certificarsi a cura di specialista oculista dipendente di struttura sanitaria pubblica che dovrà evidenziare la motivazione dell'eventuale intolleranza all'uso delle lenti da vista (occhiali, lenti corneali), oppure l'impossibilità di correzione del difetto visivo con l'uso di adatte lenti da vista (occhiali, lenti corneali).

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 600,00** per evento. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia della documentazione medica sopra indicata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia della documentazione medica sopra indicata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 1.000,00
per occhio;**

**Il massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato**

2.7 Garanzie Aggiuntive (garanzie operanti per il solo personale in quiescenza)

La garanzia comprende le seguenti garanzie aggiuntive operanti per eventi avvenuti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali.

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese mediche a seguito di infortuni subiti nella precedente attività lavorativa, ne consegue che tali prestazioni verranno rimborsate solo per i pensionati divenuti tali a partire dall'inizio della seconda annualità assicurativa e relativamente agli infortuni avvenuti nel corso della prima annualità.

2.7.1 Terapia fisica e riabilitazione

La garanzia è operante per gli infortuni subiti durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere.

Tali infortuni devono essere documentati da certificato di Pronto Soccorso o da certificazione medica equipollente di medico specialista attinente all'evento, o dal medico del comando di appartenenza purché specialista in medicina dello sport, ortopedia, fisiatria o traumatologia.

La garanzia è operante per le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione necessarie, così come specificatamente indicate da certificazione medica, fino a **18** mesi dall'infortunio.

La presente garanzia è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 2.500,00 per Assicurato.**

2.7.2 Grandi Ustioni a seguito di infortunio

La garanzia è operante in caso di incidenti avvenuti durante la precedente attività relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino ustioni di secondo o di terzo grado che interessino almeno il **9%** della superficie corporea, ad eccezione delle ustioni di terzo grado che interessino il volto, le mani e gli arti superiori, qualunque sia l'entità della superficie corporea interessata.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- interventi chirurgici di plastica ricostruttiva;
- spese mediche preparatorie all'intervento e quelle successive;
- farmaci;
- protesi, ausili e presidi sanitari;
- visite specialistiche;
- altre prestazioni mediche necessarie per la cura e il recupero funzionale della parte lesa compresi i trattamenti fisioterapici, riabilitativi, psicoterapici e fango balneo terapeutici (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) o anche esclusivamente per la riparazione estetica.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 17.920,00 per Assicurato.**

**Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

2.7.3 Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, dai quali derivino avvelenamenti, intossicazioni da fumi, gas e vapori, shock e traumi anche psichici, certificati da un Pronto Soccorso.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- trattamenti psicoterapici, supporto psicologico **su prescrizione del medico specialista psichiatra;**
- farmaci;
- protesi, ausili, presidi sanitari;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio o della susseguente eventuale patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%**. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 19.000,00 per Assicurato.

Relativamente ai traumi psichici è previsto un sottomassimale di € 500,00.

Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

2.7.4 Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante la precedente lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, che causino la perdita dell'udito anche parziale(*) e/o della vista anche monolaterale, certificata da un Pronto Soccorso.

(*) La perdita dell'udito dovrà essere corrispondente ai livelli stabiliti dal D.M. (Interno) del 05/02/02 che determinano l'inidoneità al servizio di Istituto (Per perdita uditiva si intende: la sordità monolaterale, le ipoacusie bilaterali con perdita di funzionalità uditiva in dB maggiore di 65 calcolata sulla media dellecinque frequenze fondamentali (500 1000 2000 3000 4000 Hz).

I parametri sopra indicati sono applicati anche al personale SATI.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- intervento chirurgico e spese correlate;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- farmaci;
- protesi, ausili, presidi sanitari;

– altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell’infortunio o della susseguente eventuale patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l’applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell’Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell’Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

**Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia
è di € 24.000,00 per Assicurato.
Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di
€ 2.600,00 per Assicurato.**

2.7.5 Rischio nucleare

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante la precedente lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, qualora l'Assicurato venga a contatto, per cause accidentali, con sostanze radioattive e necessità di cure inerenti.

La garanzia è operante per le seguenti prestazioni:

- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- farmaci;
- ausili, presidi sanitari;
- altre prestazioni di natura medica necessarie per la cura dei disturbi o per limitare gli effetti dell'infortunio e della eventuale patologia correlata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. Per le prestazioni extra-ricovero, l'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le

prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per le prestazioni di ricovero, per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia conforme della cartella clinica. Per le prestazioni extra-ricovero, per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Spese per accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'Assicurato, sulla base di dichiarazione rilasciata dal medico curante, si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore nell'Istituto di cura (o in struttura alberghiera in assenza di disponibilità ospedaliera) la garanzia lo prevede nel limite di **€ 50,00** al giorno.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 17.920,00 per Assicurato.

Il sotto massimale annuo a disposizione per l'accompagnatore è di € 2.600,00 per Assicurato.

2.7.6 Terapia iperbarica

Nel caso in cui l'operatore subacqueo durante la precedente attività lavorativa sia stato colpito, per cause accidentali, da malattia da decompressione la Società liquiderà le spese correlate per terapie iperbariche di mantenimento.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 12.750,00 per Assicurato.

2.7.7 Traumi dentari a seguito di infortunio

La garanzia è operante nel caso di infortuni avvenuti durante la precedente attività lavorativa relativa ai compiti istituzionali del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, compreso il rischio in itinere, **certificati da un Pronto Soccorso**, che comportino la necessità di cure dentarie ricostruttive comprese le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Blue Assistance, senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Blue Assistance rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico

dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessaria la presentazione della copia del certificato di Pronto Soccorso.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 10.000,00 per Assicurato.

2.8 Trasporto

Nel caso di ricovero dovuto a "Grande intervento chirurgico", "Malattia oncologica", "Malattia cardiovascolare", "Grandi ustioni", "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale", "Rischio nucleare", "Terapia iperbarica", la Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario, elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

Nell'ambito del massimale indicato rientrano in garanzia le spese di viaggio documentate (treno o aereo di linea) sostenute da un eventuale accompagnatore.

Il massimale annuo a disposizione per la presente garanzia è di € 3.500,00 per ricovero, elevato a € 25.000,00 in caso di utilizzo di aereo sanitario.

2.9 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800 - 954 454** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **0117425522**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni; indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);

centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;

farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

3. CASI DI NON OPERATIVITÀ DELPIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo digaranzia prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto previsto al punto "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi anche psichici a seguito di infortunio");
2. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
3. il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
4. gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quellisofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso.
5. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio, e salvo quanto previsto al punto "Malattie oncologiche" e "Malattie cardiovascolari");
6. Le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie (salvo quanto previsto all'articolo "Traumi dentari a seguito di infortunio" e salvo in caso di infortunio comprovato da referto di Pronto Soccorso pubblico nei limiti di quanto previsto ai punti "Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" e "Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico");
7. le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici (salvo quanto previsto ai punti "Avvelenamenti, intossicazioni, shock e traumi, anche psichici, a seguito di infortunio", "Grandi Ustioni a seguito di infortunio", "Perdita dell'udito e/o della vista anche monolaterale a seguito di infortunio", "Malattie cardiovascolari", "Malattie oncologiche") di ortodonzia o terapeutici;

8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo quanto previsto dall'articolo "Rischio nucleare");
9. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

4. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

4.1 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Società di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

4.2 Inclusioni/esclusioni

Le adesioni al presente Piano sanitario saranno possibili solo nella prima annualità.

Le inclusioni di nuovi Assicurati in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti o trasferiti all'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento dei Corpo Nazionale dei Vigile del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile;
- nuovi pensionamenti del personale indicato al precedente punto "Le persone per cui è operante la copertura".

La scheda di adesione dovrà pervenire entro il 30 del mese successivo

a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o trasferimento, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

Si specifica che il presente Piano sanitario sarà tacitamente rinnovato per le successive annualità assicurative previste, tramite il pagamento del relativo premio per ciascuna annualità.

Nel solo caso in cui l'Assicurato non intenda rinnovare la polizza, dovrà darne opportuna comunicazione **entro 60 giorni dalla scadenza annuale** tramite comunicazione da inviare al broker al seguente indirizzo mail ITA-ONARSM@willistowerswatson.com, o al seguente indirizzo di posta WILLIS ITALIA S.p.A. – Piazzale Don Luigi Sturzo 31 – 00144 Roma, alla c.a. Ufficio H&B.

In questo caso, non sarà possibile riaderire per le successive annualità.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50 % del premio annuo.

Eventuali esclusioni non comporteranno la restituzione del premio relativo al periodo pagato e non goduto.

4.3 Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione (se prevista dal Piano sanitario) e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da Blue Assistance che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi

cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso, se previsto dal Piano sanitario.

4.4 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **76°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

4.5 Gestione dei documenti di spesa

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Blue Assistance effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscriotto.

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Blue

Assistance La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora Blue Assistance dovesse richiedere all'Iscriotto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

4.6 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, Blue Assistance provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

5. PREMI

Il premio annuo per le prestazioni suindicate comprensivo di oneri fiscali corrisponde a:

a) Nucleo familiare del personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, ivi compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento.

Per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente more uxorio e i figli risultanti da stato di famiglia o fiscalmente a carico.

L'inserimento del nucleo familiare come sopra indicato, comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari.

– solo coniuge/convivente more uxorio (in mancanza di figli come sopra definiti) **€ 110,00**

– coniuge/convivente more uxorio e figli: **€ 260,00**

b) Personale dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile.

Per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente more uxorio e i figli risultanti da stato di famiglia o fiscalmente a carico.

L'inserimento del nucleo familiare come sopra indicato, comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari.

- Dipendente: **€ 130,00**
- solo coniuge/convivente more uxorio (in mancanza di figli come sopra definiti) **€ 130,00**
- coniuge/convivente more uxorio e figli: **€ 330,00**

I premi dovuti variano a seconda della composizione del nucleo familiare del dipendente.

Esempio:

- Nucleo del VDF caponucleo polizza A →

premio solo coniuge	€ 110,00
premio coniuge + figli	€ <u>260,00</u>

- Personale dipendente dell'amministrazione civile →

premio dipendente	€ 130,00
premio solo coniuge	€ 130,00
premio coniuge + figli conviventi	€ 330,00

c) Personale in quiescenza del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, e dell'Amministrazione Civile dell'Interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile.

Per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente more uxorio e i figli risultanti da stato di famiglia o fiscalmente a carico.

L'inserimento del nucleo familiare come sopra indicato, comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari.

- Ex Dipendente: **€ 250,00**
- solo coniuge/convivente more uxorio (in mancanza di figli come sopra definiti) **€ 190,00**
- coniuge/convivente more uxorio e figli: **€ 450,00**

I premi dovuti variano a seconda della composizione del nucleo familiare del dipendente in quiescenza.

I premi dovuti variano a seconda della composizione del nucleo familiare del dipendente in quiescenza.

Esempio:

- ex dipendente con nucleo composto dal solo coniuge/convivente more uxorio →

premio ex dipendente	€ 250,00 +
premio coniuge/convivente more uxorio	€ <u>190,00 =</u>
	€ 440,00
- ex dipendente con nucleo composto da coniuge + figli →

	€ 250,00 +
premio ex dipendente	€ <u>450,00 =</u>
premio figlio	€ 700,00

6. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollare)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per distacco di retina

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di

- ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale

- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale

e/o pelvica

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianto ed espianto di tutti gli organi o parte di essi incluso il midollo osseo

PIANO SANITARIO C

PIANO SANITARIO C

Per coloro che sono assicurati anche con il Piano sanitario A

In caso di eventuale adesione al Piano sanitario C, l'Assicurato avrà comunque diritto ad un solo rimborso per uno stesso evento: potrà quindi scegliere tra il rimborso delle spese di cui al presente Piano sanitario C o l'indennità giornaliera di cui al precedente Piano sanitario A.

Per coloro che sono assicurati anche con il Piano sanitario B

In caso di eventuale adesione al Piano sanitario C, l'Assicurato avrà comunque diritto ad un solo rimborso per uno stesso evento: potrà quindi scegliere tra il rimborso delle spese di cui al presente Piano sanitario C o l'indennità giornaliera di cui al precedente Piano sanitario B.

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, a favore del:

- personale del C.N.VV.F. compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento e relativo nucleo familiare;
- personale in quiescenza del C.N.VV.F. compreso il Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento e relativo nucleo familiare;
- personale dipendente dell'amministrazione civile dell'Interno in servizio presso il dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del soccorso pubblico e della difesa civile e relativo nucleo familiare.

Per nucleo familiare si intende il coniuge o convivente more uxorio e i figli risultanti da stato di famiglia o fiscalmente a carico.

L'adesione al presente Piano sanitario C è subordinata alla sussistenza in vigore del Piano sanitario A.

L'adesione al presente Piano sanitario C non è invece subordinata alla sussistenza in vigore del Piano sanitario B.

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia insorta durante l'operatività del contratto e di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le seguenti garanzie:
ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico;
ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico;
parto senza taglio cesareo (naturale).

2.1 Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico

La garanzia è operante in caso di ricovero con intervento chirurgico effettuato anche in regime di day-hospital o ambulatorio (il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero). È compreso il parto cesareo e l'aborto terapeutico e spontaneo.

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
Intervento chirurgico	Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day-hospital o in ambulatorio per intervento chirurgico.
Rette di degenza	Rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00 . Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Accompagnatore	Vitto e pernottamento in istituto di cura, o in struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60,00 e con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa.
Post-ricovero	Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, curetermali (escluse in ogni caso le spese di naturaalberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
Trapianti	Prelievo di organi o parte di essi. Ricovero relativo al donatore e accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
Parto cesareo	In caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa le spese sopra indicate fino a concorrenza del sottomassimale annuo di € 7.500,00 per nucleo familiare.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Blue Assistance alle strutture stesse, senza l'applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza" e "Accompagnatore" che prevedono specifici limiti, e fermo restando il sottomassimale previsto per la garanzia "Parto cesareo".

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **90%** con il

minimo non indennizzabile di € 500,00 ed il massimo non indennizzabile di € 2.500,00, ad eccezione delle garanzie “Retta di degenza” e “Accompagnatore” che prevedono specifici limiti e fermorestando il sotto massimale previsto per la garanzia “Parto cesareo”.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da Blue Assistance con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitaririmasti a carico dell'iscritto durante il ricovero.

2.1.1 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, nel limite di € 1.100,00 per evento.

È compreso il trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, nel limite di € 2.000,00 per evento.

2.1.2 Rimpatrio della salma

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'Assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di nel limite di € 1.600,00 per evento.

2.2 Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico

La garanzia è operante in caso di ricovero senza intervento chirurgico effettuato anche in regime di day-hospital (il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero).

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day-hospital.
Rette di degenza	Rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00 . Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Post-ricovero	Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Blue Assistance alle strutture stesse, senza l'applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzia "Retta di degenza" che prevede specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **90%** con il minimo non indennizzabile di **€ 500,00** ed il massimo non indennizzabile di **€ 2.500,00**, ad eccezione della garanzia “Retta di degenza” che prevede specifici limiti.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da Blue Assistance con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitaririmasti a carico dell'Isritto durante il ricovero.

2.2.1 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, nel limite di € **1.100,00** per evento.

2.3 Parto senza taglio cesareo (naturale)

La garanzia è operante in caso di parto senza taglio cesareo (naturale) per:

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria (parto) ed i materiali utilizzati;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € **250,00**.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Blue Assistance alle strutture stesse, senza l'applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzia "Retta di degenza" che prevede specifici limiti.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **90%** con il minimo non indennizzabile di **€ 500,00** ed il massimo non indennizzabile di **€ 2.500,00**, ad eccezione della garanzia “Retta di degenza” che prevede specifici limiti.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici non convenzionati

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da Blue Assistance con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale Blue Assistance rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitarimasti a carico dell’Iscritto durante il ricovero.

**Il sotto massimale annuo a disposizione per la presente
garanzia è di € 2.600,00 per nucleo familiare.**

2.4 Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l’Istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell’Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell’**80%** del massimale assicurato (di cui al successivo punto “Massimale assicurato”) - il rimborso dell’importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L’anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell’istituto di cura che attesti l’avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Per l'erogazione dell'anticipo è necessaria la presentazione della seguente documentazione:

- documentazione clinica/relazione medica;
- preventivo;
- certificazione di richiesta del deposito.

2.5 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato **per l'insieme delle prestazioni** di cui al Piano sanitario C è di **€ 100.000,00** per nucleo familiare.

3 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
2. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
3. il rimborso delle spese relative ad infortuni derivanti da sports aerei, dalla partecipazione a corse, gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) purché non preventivamente autorizzate dall'Amministrazione;
4. gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza e negligenza anche grave dell'assicurato stesso;
5. le applicazioni di carattere estetico;
6. le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché le visite e gli esami diagnostici di natura odontoiatrica, e le protesi dentarie;
7. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo

dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni;

8. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici salvo che si tratti di interventi legati all'attività di servizio;
9. le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, curare o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

4 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

4.1 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

In ogni caso l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

4.2 Inclusioni/esclusioni

LE ADESIONI AL PRESENTE PIANO SANITARIO SARANNO POSSIBILI SOLO NELLA PRIMA ANNUALITÀ.

Le inclusioni di nuovi Assicurati in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti o trasferiti all'Amministrazione Civile dell'interno presso il Dipartimento del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile;
- nuovi pensionamenti del personale indicato al precedente punto "Le persone per cui è operante la copertura".

La scheda di adesione dovrà pervenire entro il 30 del mese successivo

a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o trasferimento, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

Nel solo caso in cui l'Assicurato non intenda rinnovare la polizza, dovrà darne opportuna comunicazione entro 60 giorni dalla scadenza annuale tramite comunicazione da inviare al broker al seguente indirizzo mail ITA-ONARSM@willistowerswatson.com, o al seguente indirizzo di posta WILLIS ITALIA S.p.A. – Piazzale Don Luigi Sturzo 31 – 00144 Roma, alla c.a. Ufficio H&B. **In questo caso, non sarà possibile riaderire per le successive annualità.**

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 50 % del premio annuo.

Eventuali esclusioni non comporteranno la restituzione del premio relativo al periodo pagato e non goduto.

4.3 Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione (se prevista dal Piano sanitario) e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da Blue Assistance che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per

chiederne il rimborso, se previsto dal Piano sanitario.

4.4 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **76°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

4.5 Gestione dei documenti di spesa

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Blue Assistance effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Isritto.

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge.

Qualora Blue Assistance dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

4.6 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Isritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, Blue Assistance provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Isritto.

5 PREMI

Il premio annuo per nucleo familiare (come indicato al precedente punto "Le persone per cui è operante la copertura") per le prestazioni suindicate comprensivo di oneri fiscali corrisponde a **€ 450,00**.

Assistenza per la Salute

800 954 454

dall'Italia

+39 011 742 5522

dall'estero

dalle ore 08.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 08.00 alle ore 12.00 il sabato per le prestazioni sanitarie

Servizio clienti

Buongiorno Reale

800 320 320

*Dal lunedì al sabato dalle ore 08.00 alle ore 20.00
buongiorno reale@realemutua.it*



REALE GROUP

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino - Iscritta al Registro delle Imprese di Torino - R.E.A. n. 9806 - Indirizzo PEC: realemutua@pec.realemutua.it



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.