C.B.A V I T A S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al nr. 32. Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - www.cbavita.com - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg. Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 – Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding S.p.A..

CBA Servizio Salute II serie

Contratto di assicurazione malattie

Il presente Fascicolo Informativo, contenente
Nota informativa, comprensiva del Glossario
Condizioni di Assicurazione
deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Nota Informativa

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Compagnia di Banche e Assicurazioni per le assicurazioni sulla vita S.p.A. – in breve CBA Vita S.p.A. o anche Società – è una società, appartenente al Gruppo Banca Sella, iscritta al n 1.00106 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e riassicurazione e capogruppo del Gruppo Assicurativo "Gruppo CBA" (iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32).

Sede legale: Milano – Italia – Via Vittor Pisani, 13 - CAP 20124
Recapito telefonico: 02.67612.0 – fax 02. 676120.598
Sito internet: www.cbavita.com
Indirizzo di posta elettronica: cbadirezione@cbavita.com
CBA Vita S.p.A. è una Società di diritto italiano, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 19336 del 22.05.1992 (G.U. n. 127 del 01.06.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U. 181 del 5.8.1997) per Infortuni e Malattie.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Società al 31.12.2011 ammonta a 39,78 milioni di euro, di cui 44,00 milioni di euro di capitale sociale, e -4,22 milioni di euro di riserve patrimoniali al netto delle perdite riportate a nuovo e comprensivo del versamento in conto capitale di 12,76 milioni.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni alla stessa data è pari a 1,670. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.
Alla data di redazione della presente Nota Informativa, il capitale sociale interamente versato ammonta a 38,54 milioni di euro mentre le altre riserve patrimoniali, comprensive degli utili portati a nuovo, ammontano a 1,24 milioni di euro.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto non prevede tacito rinnovo, per cui la garanzia cesserà definitivamente alla scadenza pattuita senza necessità di alcuna disdetta.
Si rinvia all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto, a scelta del Contraente, fornisce in caso di ricovero in un Istituto di Cura, le seguenti garanzie di base opzionali:

A - RICOVERO

Assicura il rimborso delle spese sostenute per il ricovero di ciascun Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, anche nel caso di non intervento chirurgico, ***con un massimale*** per anno assicurativo, indicato in polizza.
Si rinvia agli artt. A.1, A.2 e A.3 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

B - ALTA PREVIDENZA

Assicura il rimborso delle spese sostenute per i soli ricoveri di ciascun Assicurato relativi alla cura di cinque gravi malattie e/o per interventi di alta chirurgia, ***con un massimale*** per anno assicurativo, indicato in polizza.

Si rinvia agli artt. B.1 e B.2 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

C - DIARIA

Assicura il pagamento di una diaria, ovvero di un indennità giornaliera forfettaria, stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero, ***con un massimo di giorni*** per ciascun anno assicurativo.

Si rinvia all'art. C.1 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

Il Contraente può, inoltre, scegliere di integrare:

- la garanzia A - RICOVERO con la copertura aggiuntiva **A* - SPESE SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO** che assicura il rimborso delle spese per visite specialistiche extra ricovero, ***con un massimale*** per anno assicurativo, indicato nelle Condizioni specifiche della Garanzia.
  Si rinvia agli artt. A.1 e A*.2 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.*
- la garanzia C – DIARIA con la copertura aggiuntiva **C* - DIARIA DA CONVALESCENZA** che assicura il pagamento di un'indennità giornaliera, di importo pari al 75% di quella della diaria da ricovero, per il periodo di convalescenza successivo alla dimissione dall'Istituto di Cura.
  Si rinvia all'art. C.1 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.*

Per tutte le garanzie, la liquidazione dei sinistri viene effettuata dalla Società utilizzando le strutture della società specializzata Blue Assistance S.p.A., titolare di convenzioni con strutture sanitarie e medici chirurghi.
Inoltre, per il tramite di Blue Assistance, il contratto offre una serie di prestazioni aggiuntive e di servizi di assistenza, descritti nell'apposita Sezione delle Condizioni di Assicurazione denominata "PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E SERVIZI DI ASSISTENZA, SEMPRE OPERANTI".

La garanzia A - RICOVERO si riferisce obbligatoriamente a tutti i componenti del nucleo del Contraente, quali risultano alla stipulazione del contratto, mentre, per le altre garanzie, è facoltà del Contraente stabilire le persone del nucleo da assicurare.
I massimali indicati in polizza per le garanzie A - RICOVERO e B – ALTA PREVIDENZA sono riferiti alle spese complessivamente sostenute, nel corso di ciascun anno assicurativo, da tutti i componenti del nucleo del Contraente, assicurati con quella garanzia.
Qualora per uno o più Assicurati siano operanti entrambe le garanzie, il massimale disponibile dipenderà dalla causa del ricovero (es. malattia, infortunio ed intervento chirurgico: massimale previsto per la garanzia A - RICOVERO; interventi di alta chirurgia e /o gravi malattie: massimale previsto per la garanzia B - ALTA PREVIDENZA).
In caso di coesistenza con altre garanzie anche della garanzia C - DIARIA, la somma assicurata per persona e per ogni giorno di ricovero verrà comunque corrisposta sulla base delle relative Condizioni di Assicurazione, indipendentemente dalle altre garanzie.
Si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

Avvertenza: il limite massimo di età assicurabile alla stipula del contratto è fissato in 70 anni.
Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli

Avvertenza: il contratto, in alcuni casi specifici, prevede limitazioni, esclusioni ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo a riduzioni o al mancato pagamento dell'indennizzo.
Si rinvia agli artt. 1, 2, 3, 6, A.1, A.2, B.1,C.1, A.1 e A*.2, C*.1 per gli aspetti di dettaglio.*

Avvertenza: il contratto prevede franchigie, scoperti e massimali applicabili alle coperture assicurative.
Si rinvia ai seguenti articoli: 11, A.1, A.2, A.3, A.5.2, A.5.3 , A.1 ,A*.2, B.1, B.4.2 e B.4.3, delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio*
Per facilitare la comprensione del relativo meccanismo di funzionamento, si riportano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

Esempio di applicazione di scoperto per le Garanzie A – Ricovero o B – Alta Previdenza, in caso di intervento chirurgico effettuato presso una struttura sanitaria non convenzionata e/o da un medico chirurgo non convenzionato

	ESEMPIO 1: la struttura sanitaria ed il medico chirurgo non sono convenzionati	**ESEMPIO 2:** la struttura sanitaria è convenzionata, il medico chirurgo non è convenzionato
Importo fattura per struttura sanitaria	€ 5.000	
Importo fattura per medico chirurgo	€ 10.000	
Scoperto	**25%**	**25%** delle spese del medico chirurgo non convenzionato
Importo rimborsato all'Assicurato	€ 11.250 (€ 15.000 - 25% di € 15.000)	€ 12.500 (€ 15.000 - 25% di € 10.000)

Esempio di applicazione di scoperto per la aggiuntiva A* - SPESE SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO:

	ESEMPIO 1: la struttura sanitaria ed il medico non sono convenzionati	**ESEMPIO 2:** la struttura sanitaria ed il medico sono convenzionati
Importo fattura per visita specialistica	300 €	
Scoperto	**25% con il minimo di 52 €**	**10% con il minimo di 52 €**
Importo rimborsato all'Assicurato	€ 225 (€ 300 - 25% di € 300)	€ 248 (€ 300 - € 52)

4. Periodi di carenza contrattuali
Avvertenza: sono presenti nelle Condizioni di Assicurazione delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'Assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Si rinvia agli artt. A.4, B.3, C.2 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario – Nullità
La stipulazione dell'assicurazione non richiede un preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e non è prevista la compilazione di un questionario sanitario.

Avvertenza: Resta inteso che la garanzia non vale per i ricoveri conseguenti a situazioni patologiche preesistenti all'effetto dell'assicurazione e già diagnosticate, curate o comunque conosciute dall'assicurato anteriormente all'effetto dell'assicurazione.
Si rinvia all' art. 1 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli
Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere o inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare effetti sulla prestazione.
Si rinvia all'art.14 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione
Fermo restando quanto disposto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione in merito all'assicurabilità del rischio, la garanzia è operante indipendentemente da ogni aggravamento del rischio e da cambiamenti di professione dell'Assicurato intervenuti in corso di contratto. Pertanto, non viene richiesta alcuna comunicazione da parte del Contraente al riguardo.

7. Premi
Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato, il cui importo, salvo l'adeguamento di cui al successivo punto 8, rimane invariato per tutta la durata del contratto.
Il premio può essere corrisposto anche ratealmente, previa maggiorazione del suo importo annuo secondo le misure indicate nella seguente tabella

Maggiorazione del premio per frazionamenti non annuali	
Frazionamento semestrale	*1,00%*
Frazionamento trimestrale	*2,00%*
Frazionamento mensile	*3,00%*

Fermo restando che le parti possono stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società, tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente, se stabilito contrattualmente dalle parti) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o al competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della stessa. In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;

assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine del competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscritta.

Il Contraente che intenda successivamente estinguere il conto corrente utilizzato per l'addebito automatico potrà proseguire il pagamento dei premi mediante bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società che verrà comunicato a richiesta.
Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.
Avvertenza: non sono previsti sconti sul premio.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
Avvertenza: i massimali, i limiti delle prestazioni, le franchigie ed il premio delle garanzie A - RICOVERO, A* - SPESE SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO e B - ALTA PREVIDENZA sono soggetti ad adeguamento ad ogni scadenza annuale.
Si rinvia all'art 9 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

9. Diritto di recesso

Il contratto non consente il recesso a seguito di sinistro da parte della Società.

Avvertenza: Il Contraente, semprechè sulla polizza non siano stati denunciati sinistri, ha facoltà di recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data della sua sottoscrizione.

Il Contraente ha, inoltre, facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con un preavviso di almeno 60 giorni da ogni scadenza annuale.

Si rinvia all'art 5 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'Art. 2952 - 2° comma del Codice Civile.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Vengono di seguito riportati alcuni aspetti normativi di particolare rilievo.

Trattamento dei dati personali

I dati personali del Contraente e/o Assicurato sono trattati dalla Società in conformità a quanto previsto dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

12. Regime fiscale

I premi corrisposti in esecuzione del presente contratto sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

13. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella presente Nota informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto. Per la consultazione degli aggiornamenti dei dati patrimoniali dell'Impresa di cui al punto 2 della presente Nota Informativa nonché per tutti gli altri aggiornamenti non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società: www.cbavita.com.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: per data in cui si è verificato il sinistro si intende quella in cui è avvenuto il ricovero o è stata effettuata la prestazione extra-ricovero.

Avvertenza: la Società, a proprie spese, può richiedere all'Assicurato, di sottoporsi agli accertamenti o ai controlli medici ritenuti necessari per valutare l'indennizzabilità del sinistro o la misura dell'indennizzo.

Tale valutazione avverrà entro nel termine massimo di 30 giorni.

Si rinvia agli artt. A.5.5 e B.4.5 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

Per tutte le garanzie, la liquidazione dei sinistri viene effettuata dalla Società utilizzando le strutture della società specializzata Blue Assistance S.p.A., titolare di convenzioni con strutture sanitarie e medici.

Avvertenza: per le garanzie A - RICOVERO e B - ALTA PREVIDENZA, le modalità di liquidazione del sinistro si differenziano a seconda che l'Assicurato utilizzi o meno le strutture convenzionate.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate e previa telefonata all'apposito numero verde, Blue Assistance provvede a liquidare direttamente alla struttura sanitaria le spese relative al ricovero, senza che l'Assicurato debba affrontare alcun esborso.

L'utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati con Blue Assistance o l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di Mutue private comporta invece il pagamento da parte dell'Assicurato di tutte le spese di ricovero e l'invio, appena possibile e comunque non oltre i termini di prescrizione di cui all'art.10, dell'apposito Modulo di denuncia a Blue Assistance, corredato della documentazione richiesta per la liquidazione del sinistro.

Analoga denuncia deve essere inviata per la liquidazione delle prestazioni previste dalle altre garanzie.
Blue Assistance provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria alla definizione del sinistro.
Si rinvia agli artt.4, A.5, A.3, B.4 e C.3 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.*

15. Assistenza diretta - Convenzioni

Per le garanzie A - RICOVERO e B - ALTA PREVIDENZA, l'Assicurato può avvalersi del servizio di assistenza diretta fornito da Blue Assistance utilizzando le strutture convenzionate con la stessa.
Avvertenza: qualora l'Assicurato decida di non avvalersi delle struttura e/o medici non convenzionati, le spese sostenute saranno rimborsate nella misura del 75% del loro ammontare.
Si rinvia agli artt. A.5 e B.4 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.
L'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati è riportato sul sito internet della Società www.cbavita.com.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, scrivendo a CBA Vita – Servizio Reclami – Via Vittor Pisani, 13 – 20124 Milano, fax 02 676120.598, e-mail: cbareclami@cbavita.com. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società (copia del reclamo presentato e dell'eventuale riscontro ricevuto) ed indicando: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sitointernet: http://ec.europa.eu/internal market/finservices-retail/finnet/index en.htm).
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

17. Arbitrato

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere per accordo tra le Parti, mediante arbitrato di un Collegio Medico.
L'arbitrato si svolgerà nella città in cui ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.
Avvertenza: l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, salvo diverse disposizioni di legge, anche nei casi in cui la gestione delle controversie sia demandata ad Arbitrati o organismi conciliativi, ove previsti.
Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

***

CBA Vita è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il rappresentante legale
Biagio Massi

GLOSSARIO

Assicurato: la persona protetta dall'assicurazione.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre tra la data di effetto dell'Assicurazione e l'inizio di operatività della garanzia.

Condizioni di Assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: la persona che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Day Hospital: struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti con redazione di cartella clinica.

Diaria: la somma assicurata per ciascuna persona per ogni pernottamento in Istituto di cura o per ogni giornata di degenza in Day Hospital.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età Assicurativa: corrisponde all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti, maggiorato di uno qualora, a tale data, dall'ultimo compleanno siano trascorsi 6 mesi.

Franchigia: **parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assicurato.**

Grandi Interventi chirurgici : gli interventi chirurgici indicati nell'Appendice n. 2 alle Condizioni Specifiche della Garanzia B – ALTA PREVIDENZA.

Gravi malattie: le malattie indicate nell'Appendice n. 1 alle Condizioni Specifiche della Garanzia B – ALTA PREVIDENZA.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: provvedimento terapeutico, reso necessario da infortunio o malattia, che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruente.

Istituto di cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Viene considerata convenzionalmente ricovero anche l'ospedalizzazione a domicilio, purchè certificata dalla struttura sanitaria. Non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lunga degenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa: malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente patologico dell'Assicurato.

Malformazione: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza.

Margine di solvibilità: il margine di solvibilità disponibile rappresenta il patrimonio dell'impresa, libero da qualsiasi impegno prevedibile ed al netto degli elementi immateriali; il margine di solvibilità richiesto rappresenta l'ammontare minimo del patrimonio netto del quale l'impresa deve costantemente disporre, secondo quanto previsto dalla normativa comunitaria in materia di assicurazioni.

Massimale: **l'importo massimo che la Società si impegna a pagare, in ciascun anno assicurativo, per tutti i componenti del nucleo assicurati per la specifica garanzia.**

Nucleo del Contraente: per nucleo del Contraente si intende:

> il nucleo familiare qualora il contraente sia una persona fisica e comprende lui stesso, il coniuge anche se non risultante dallo stato di famiglia, purché non legalmente separato. Sono comunque compresi i figli minori del Contraente o del coniuge conviventi anche se fiscalmente a carico di altre persone, i figli minori affidati al Contraente dal Giudice (affidamento preadottivo o temporaneo) e i figli maggiorenni del Contraente o del coniuge non residenti, ma fiscalmente a carico. Sono altresì comprese le altre persone presenti nello stato di famiglia e le altre persone fiscalmente a carico anche se non presenti nello stato di famiglia.
> L'insieme dei dipendenti o degli amministratori della Società qualora il Contraente sia una persona giuridica.

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

Premio: l'importo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Prescrizione dei diritti: estinzione del diritto all'indennizzo per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Ricovero: permanenza in Istituto di cura con almeno un pernottamento reso necessario da infortunio o malattia .

Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Scoperto: **parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assicurato.**

Società/Impresa: CBA Vita S.p.A.

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati: le strutture sanitarie e i medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance presso i quali l'Assicurato – previo accordo telefonico con la stessa – può fruire dell'assistenza diretta.

Tessera personalizzata: Documento personale, inviato al Contraente, che costituisce la "chiave di accesso" alla rete convenzionata.

Trattamenti specialistici: terapie fisioterapiche prescritte dal medico curante e praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate o in ambulatorio presso Istituti di cura.

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

Condizioni di Assicurazione
CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1 - STATI PATOLOGICI PREESISTENTI
CBA Vita rinuncia al momento della stipulazione della polizza alle dichiarazioni dell'Assicurato relative al suo stato di salute.
La garanzia è operante per i soli ricoveri conseguenti a malattie e/o infortuni occorsi in data successiva all'effetto dell'assicurazione, come previsto dalle condizioni di ciascuna garanzia.
Pertanto la garanzia non vale per i ricoveri conseguenti a situazioni patologiche preesistenti all'effetto dell'assicurazione e già diagnosticate, curate o comunque conosciute dall'Assicurato anteriormente all'effetto dell'assicurazione.
La garanzia, invece, vale dal 180° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione per i ricoveri conseguenti a situazioni patologiche preesistenti all'effetto dell'assicurazione ma non ancora conosciute dall'Assicurato né diagnosticate od oggetto di specifiche cure.

2 – ESCLUSIONI
L'assicurazione non è operante per:
1 - **infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove;**
2 - **infortuni derivanti da stato di ubriachezza; ricoveri determinati da alcoolismo, tossicodipendenza e uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci;**
3 - **malformazioni congenite preesistenti, difetti fisici acquisiti durante la crescita e recidive di malattie subite prima della stipulazione del contratto;**
4 - **patologie psichiatriche;**
5 - **infertilità, sterilità, impotenza;**
6 - **positività HIV, AIDS e sindromi correlate;**
7 - **paradontopatie, cure e protesi dentarie, interventi per la correzione di miopia e astigmatismo, acquisto e applicazione di lenti a contatto e occhiali;**
8 - **interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico; prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;**
9 - **aborto volontario non terapeutico;**
10 - **check-up di medicina preventiva;**
11 - **conseguenze di:**
atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
guerre ed insurrezioni;
movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche.

3 - PERSONE NON ASSICURABILI
Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere.
La garanzia, ferme le relative esclusioni, cessa alla prima scadenza anniversaria successiva al manifestarsi delle condizioni sopra indicate; l'eventuale successivo incasso del premio, che verrà restituito al Contraente, non costituisce deroga.
L'età assicurativa massima alla stipula del contratto è fissata a 70 anni.

4 - DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Per la liquidazione dei sinistri, CBA Vita si avvale del servizio convenzionato con Blue Assistance S.p.A., società di servizi specializzata nel settore sanitario avente sede a Torino, Corso Svizzera n. 185, che risponde ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia: numero verde 800-109109
- dall'estero: PREFISSO INTERNAZIONALE seguito da 011.7425544.

Blue Assistance provvede pertanto, alla liquidazione dei sinistri in nome e per conto di CBA Vita.
Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, avverrà previa dimostrazione delle spese affettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Il pagamento di quanto dovuto, mediante accredito sul conto corrente indicato dall'avente diritto, anche in assenza di apposita quietanza di pagamento, libera la Società da qualsiasi obbligazione nei confronti dell'avente diritto.
Blue Assistance gestisce, inoltre, il servizio di assistenza agli Assicurati e le convenzioni con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia e all'estero, che il Contraente e l'Assicurato hanno la possibilità di conoscere telefonando direttamente a Blue Assistance o consultando l'elenco riportato sul sito internet della Società *www.cbavita.com*.
La tessera personalizzata, che costituisce la "chiave di accesso" alla rete convenzionata, viene inviata dalla Società al domicilio del Contraente.

5 - RECESSO DEL CONTRAENTE

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha sottoscritto il documento di polizza.
Il Contraente, sempreché sulla polizza non siano stati denunciati sinistri, ha la facoltà di recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data della sua sottoscrizione.

Il Contraente ha, altresì, la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri, esercitandolo almeno 60 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.
Il recesso può essere richiesto tramite **comunicazione scritta da effettuarsi mediante lettera raccomandata** indirizzata a: CBA Vita S.p.A. – Via Vittor Pisani, 13 - 20124 Milano.
Il recesso libera entrambe le parti da ogni obbligazione derivante dal contratto, a decorrere dalle ore 24 del giorno di richiesta
In caso di risoluzione contrattuale anticipata il Contraente e gli Assicurati si impegnano a restituire tempestivamente a CBA Vita gli originali di polizza e la tessera personalizzata ricevuta.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, previa restituzione dell'originale di polizza e della tessera personalizzata, CBA Vita rimborsa al Contraente il premio corrisposto diminuito dell'imposta di assicurazione e dell'importo di € 25,00 per il rimborso delle spese di emissione del contratto.

6 – ESTENSIONE TERRITORIALE

Le garanzie operano esclusivamente nell'ambito dei Paesi dell'Unione Europea (attualmente Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia , Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria)**, della Svizzera e del Nord America**(Canada e Stati Uniti)..
Le garanzie possono essere estese ad altri Paesi non compresi nell'elenco su menzionato previa autorizzazione della Società ed emissione di apposita appendice.

7 - CONTROVERSIE - ARBITRATO

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere per accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.
Il Collegio Medico è composto da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico.

L'arbitrato si svolgerà nella città in cui ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale.

8 - PREMIO - EFFETTO E SCADENZA DEL CONTRATTO
Il premio è determinato in base a diversi fattori quali ad esempio:

- al numero degli assicurati
- all'età di ciascun Assicurato al momento della stipulazione della polizza
- alla zona di residenza di ciascun Assicurato
- al piano di copertura prescelto

Il premio rimane invariato, salva l'indicizzazione, per tutta la durata contrattuale pattuita, indipendentemente dal crescere dell'età degli Assicurati stessi e/o dal verificarsi di eventuali aggravamenti del loro stato di salute successivamente alla sottoscrizione del contratto.
Il contraente è tenuto a verificare l'esattezza dei dati anagrafici di ciascun Assicurato, indicati in Polizza, in considerazione dell'incidenza di tale fattore sui premi dovuti alla Società.
In aggiunta alla prima rata di premio sono dovute le spese di emissione della polizza pari ad euro 25,00.
Fatto salvo quanto previsto dagli artt. A.4, B.3 e C.2, rispettivamente delle condizioni delle garanzie A – RICOVERO, B – ALTA PREVIDENZA e C - DIARIA, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 della data di decorrenza indicata in polizza se la prima rata di premio è stata pagata; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza di ciascuna rata e rientra in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, se esso avviene entro 6 mesi dal giorno in cui il premio o la rata di premio sono scaduti, ferme restando le successive scadenze. Se il contratto sospeso non viene riattivato nei termini sopra descritti, si determina la risoluzione del contratto ed i premi già versati restano acquisiti dalla Società.**
La durata del contratto risulta dalla polizza sottoscritta dal Contraente e alla sua scadenza l'assicurazione cessa, senza necessità di disdetta.

9. INDICIZZAZIONE
Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, il premio per le garanzie A - RICOVERO, A* - SPESE SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO e B - ALTA PREVIDENZA, è indicizzato e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche, rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.
Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- al termine "*Indice*": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;
- al termine "*Indice Base*" : l'indice relativo al mese di marzo dell'anno che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "*Nuovo Indice*": l'indice relativo al mese di marzo dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio ;

si conviene che **i massimali, i limiti delle prestazioni espressi in euro, le franchigie ed il premio di polizza saranno adeguati ad ogni scadenza annuale** in relazione al rapporto tra "*Nuovo Indice*" e "*Indice base*", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "coefficiente di adeguamento".
Viene fatta salva la facoltà da parte di CBA Vita , nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo *l'Indice Spese Mediche*, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento dei massimali e del premio. In tal caso CBA Vita comunica la variazione al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

10 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Fermo restando che le parti possono stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società, tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente, se stabilito contrattualmente dalle parti) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o al competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della stessa. In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;

assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine del competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscritta.

Il Contraente che intenda successivamente estinguere il conto corrente utilizzato per l'addebito automatico potrà proseguire il pagamento dei premi mediante bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società che verrà comunicato a richiesta.

11 - MASSIMALE ASSICURATO E COESISTENZA DI PIU' GARANZIE DI BASE

I massimali indicati in polizza per le garanzie A - RICOVERO e B - ALTA PREVIDENZA sono riferiti, per ciascuna annualità assicurativa, al nucleo assicurato del Contraente con ciascuna delle due garanzie.
Qualora per uno o più Assicurati siano operanti entrambe le garanzie, il massimale disponibile dipenderà dalla causa del ricovero (es malattia, infortunio ed intervento chirurgico: massimale previsto per la garanzia A - RICOVERO; interventi di alta chirurgia e/o gravi malattie: massimale previsto per la garanzia B - ALTA PREVIDENZA).

In caso di coesistenza anche della garanzia C - DIARIA la somma assicurata per persona e per ogni giorno di ricovero verrà comunque corrisposta sulla base delle relative Condizioni di Assicurazione, indipendentemente dalle altre garanzie.

12- FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

13 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

CBA Vita rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia per la garanzia C - DIARIA e relativamente alle Garanzie A - RICOVERO e B - ALTA PREVIDENZA in caso di erogazione dell'indennità sostitutiva (ai sensi degli artt. A.3 e B.2), lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

14 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO

La Società presta il suo consenso all'Assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.
Le dichiarazioni non veritiere o inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

CONDIZIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA
A – RICOVERO

A.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Qualora a causa di malattia o infortunio si renda necessario il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura oppure sia necessario un intervento chirurgico ambulatoriale, CBA Vita paga, **sino a concorrenza del massimale per anno assicurativo indicato in polizza per la garanzia Ricovero**, le seguenti spese sostenute dall'Assicurato per:

a) rette di degenza;
b) intervento chirurgico, compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, in un momento successivo all'intervento stesso;
c) assistenza medica ed infermieristica, cure (**con il limite per le dialisi di 30 applicazioni per anno assicurativo)**, trattamenti specialistici, medicinali, accertamenti diagnostici durante il ricovero;
d) visite specialistiche, accertamenti diagnostici e **trattamenti specialistici nei 90 giorni precedenti e nei 90 successivi al ricovero, e purché ad esso inerenti;**
e) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo al luogo di cura, da un luogo di cura all'altro e, purché richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa. **Il tutto nel limite di € 1.560,00 per anno assicurativo;**
f) vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso l'Istituto di cura**, per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo.**

A.2 - PARTO, GRAVIDANZA E PUERPERIO

In caso di ricovero per parto, patologie connesse con la gravidanza ed il puerperio e per aborto terapeutico, CBA Vita paga le spese sopra indicate **- con esclusione di quelle relative alle prestazioni sanitarie precedenti e successive al ricovero di cui al precedente punto 1/d - sino ad un massimo di € 2.600,00. In caso di parto cesareo tale massimale è elevato a € 5.200,00.**

A.3 - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E MUTUE PRIVATE

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di Mutue private con assistenza in forma diretta o indiretta e l'Assicurato, quindi, non sostenga in proprio alcuna spesa, **CBA Vita corrisponde una indennità sostitutiva di € 130,00 per ogni pernottamento** nel luogo di cura. I**n caso di ricovero per parto naturale o cesareo e patologie connesse con gravidanza e puerperio, CBA Vita corrisponde, in luogo di tale indennità giornaliera, un indennizzo forfettario di € 1.300,00.**

Qualora il ricovero sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato può scegliere tra le indennità di cui sopra ed il rimborso dell'eccedenza di spesa risarcibile rimasta a suo carico. **Per i casi previsti all'articolo A.2 il rimborso avverrà entro i limiti di massimale ivi previsti.**

Qualora il ricovero avvenga in struttura pubblica ma in regime di attività libero professionale privata (c.d. intramoenia), si procederà secondo quanto previsto dagli artt. A.5.2 e A.5.3 che seguono (utilizzo di strutture e medici convenzionati o non convenzionati).

A.4 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fatto salvo quanto prescritto dall'art.8 delle condizioni comuni, **la garanzia decorre dalle ore 24:**

- del giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie e gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- **del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i ricoveri conseguenti o correlabili a situazioni patologiche preesistenti all'effetto dell'assicurazione ma non ancora note all'Assicurato né diagnosticate o oggetto di specifiche cure**;
- **del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e per le patologie connesse con la gravidanza ed il puerperio**.

In caso di ricovero iniziato durante i suddetti periodi di carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo connesso al ricovero anche se quest'ultimo sia proseguito oltre il periodo della carenza stessa.

A.5 - DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

A.5.1 - Premessa

La data in cui si è verificato il sinistro è quella in cui è avvenuto il ricovero.
Per la liquidazione dei sinistri CBA Vita si avvale delle strutture operative di Blue Assistance S.p.A. che è pertanto delegata ad effettuare per conto di CBA Vita - sulla base di quanto segue - il pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati oppure il rimborso agli Assicurati delle spese da loro sostenute presso centri non convenzionati.
Blue Assistance è titolare di convenzioni in Italia e all'estero con strutture sanitarie e medici chirurghi, che il Contraente e l'Assicurato hanno la possibilità di conoscere telefonando direttamente a Blue Assistance o consultando l'elenco riportato sul sito internet della Società *www.cbavita.com*.
Le modalità di liquidazione del sinistro si differenziano se l'Assicurato utilizza o meno le strutture convenzionate.

A.5.2 -Utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance

Prima di accedere alle strutture sanitarie convenzionate si deve sempre telefonare a Blue Assistance il cui personale – a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00 e il sabato dalle ore 8 alle ore 12,00 - provvede alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi, scelti dall'Assicurato tra quelli convenzionati.
Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve presentare la propria tessera e compilare la "richiesta di prestazione" che, contenendo i motivi della prestazione sanitaria richiesta, costituisce la denuncia di sinistro.
Se la prestazione è compresa in garanzia, l'Assicurato non sostiene alcuna spesa in quanto Blue Assistance paga direttamente sia la struttura sia i medici convenzionati.
Se l'Assicurato, pur utilizzando una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance e seguendo la procedura di cui sopra, sceglie medici chirurghi non convenzionati, **dovrà provvedere personalmente al pagamento di tutte le spese,** che gli verranno poi rimborsate da Blue Assistance. **Il rimborso verrà effettuato al 100% per il costo della struttura sanitaria ed al 75% per gli onorari dei medici**.
Blue Assistance provvede inoltre a raccogliere tutta la documentazione e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

A.5.3 - Utilizzo di strutture non convenzionate con Blue Assistance o utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di Mutue private

a) **L'Assicurato** che non si avvale del servizio di Blue Assistance e quindi utilizza strutture sanitarie non convenzionate o, pur utilizzando strutture convenzionate, non si accorda telefonicamente in via preventiva con Blue Assistance, deve provvedere personalmente al pagamento delle spese e per ottenere il rimborso **dovrà:**
   1. **dare appena possibile avviso scritto del sinistro a Blue Assistance allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
   2. **fornire a Blue Assistance copia conforme all'originale della cartella clinica completa;**
   3. **presentare a Blue Assistance gli originali delle fatture e delle notule, fiscalmente regolari e quietanzati, che saranno poi restituiti con indicazione dell'avvenuta liquidazione.**

b) In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di Mutue Private con fruizione dell'indennità sostitutiva di cui all'articolo A.3 che precede, l'Assicurato dovrà produrre la documentazione di cui ai punti 1 e 2 del precedente paragrafo a).

Blue Assistance, ricevuta tutta la documentazione sopraindicata e compiuti gli accertamenti del caso, provvede a rimborsare al 75% le spese sostenute, lasciando il rimanente 25% a carico dell'Assicurato.
Per i ricoveri all'estero resi necessari da malattia improvvisa o da infortunio accaduto all'estero, il rimborso delle spese viene effettuato al 100% anche in caso di ricorso a strutture sanitarie e medici non convenzionati con Blue Assistance.
Per malattia improvvisa si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente patologico dell'Assicurato.

A.5.4 - Spese pre e post-ricovero
Le spese riferite a visite specialistiche, accertamenti diagnostici e a trattamenti specialistici, effettuati nei 90 giorni precedenti e nei 90 successivi al ricovero, **non vengono pagate direttamente ma rimborsate da Blue Assistance all'Assicurato.**

A.5.5 - Obblighi dell'Assicurato
L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Blue Assistance o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato; **qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve dare avviso del sinistro a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.**
L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance delega CBA Vita per il tramite della stessa Blue Assistance a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto.
Qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire a CBA Vita gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto.

A.5.6 - Pagamento dell'indennizzo
Blue Assistance esegue per conto di CBA Vita il pagamento dell'indennizzo spettante all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori sino al giorno del pagamento.
In caso di ricovero all'estero l'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

CONDIZIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA
A* - SPESE SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO

A*.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Ferme restando le condizioni comuni e quelle regolanti la garanzia A – Ricovero, sulla base delle condizioni seguenti **e sino a concorrenza del massimale previsto** per anno assicurativo, CBA Vita rimborsa le spese specialistiche extra ricovero (cioè non connesse a Ricovero, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale) sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio purché non rientranti in altre garanzie prestate in polizza.

Le spese rimborsabili sono relative a:

1) Onorari medici per visite specialistiche, **con esclusione delle visite ginecologiche, pediatriche, oculistiche, odontoiatriche ed ortodontiche.**
2) Accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante, **con esclusione di check-up in genere, di esami del sangue, delle urine e delle feci.**

A*.2 – MASSIMALE E SCOPERTO

La garanzia è valida, **sino alla concorrenza di un massimale annuo complessivo di € 2.600,00** per tutte le persone appartenenti al nucleo del Contraente per le quali, nello stampato di polizza, la garanzia base Ricovero è contrassegnata dalla lettera A seguita da asterisco (A*).

Per ogni visita specialistica e per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica, la garanzia opera con uno scoperto a carico dell'Assicurato del 25% con il minimo di € 52,00 per prestazione; ovvero con scoperto del 10% e il minimo di € 52,00 per sinistro in caso di utilizzo di strutture e medici convenzionati con Blue Assistance.

A*.3 – DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La data in cui si è verificato il sinistro è quella in cui è stata effettuata la prestazione extra-ricovero.

L'Assicurato deve provvedere direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve **inviare per raccomandata** a Blue Assistance, **appena possibile**, copia del Modulo di Denuncia allegato, debitamente compilato e sottoscritto, allegando:

1) originale della prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio, nonché la diagnosi formulata in caso di visita specialistica e gli esiti degli accertamenti diagnostici;
2) gli originali delle fatture o notule fiscalmente regolari e quietanzate, che saranno poi restituite da Blue Assistance con l'indicazione dell'avvenuta liquidazione.

Blue Assistance esegue per conto di CBA Vita la liquidazione della prestazione spettante all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori sino al giorno del pagamento.

A*.4 – DURATA

La durata della presente garanzia è uguale a quella della garanzia A - RICOVERO di cui è una estensione.

CONDIZIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA
B - ALTA PREVIDENZA

B.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Qualora a causa di una Grave Malattia, compresa tra quelle specificate nell'Appendice 1, si renda necessario il ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura oppure qualora il ricovero sia necessario per effettuare un Grande intervento chirurgico, compreso tra quelli specificati nell'Appendice 2, CBA Vita paga, **sino a concorrenza del massimale per anno assicurativo indicato in polizza** per la garanzia Alta Previdenza, le seguenti spese sostenute dall'Assicurato per:

a) rette di degenza;
b) intervento chirurgico, compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, in un momento successivo all'intervento stesso;
c) assistenza medica ed infermieristica, cure (**con il limite per le dialisi di 30 applicazioni per anno assicurativo**), trattamenti specialistici, medicinali, accertamenti diagnostici durante il ricovero;
d) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, **trattamenti specialistici nei 90 giorni precedenti e nei 90 successivi al ricovero e purché ad esso inerenti;**
e) trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo al luogo di cura, da un luogo di cura all'altro e - purché richiesto con certificazione medica - per il ritorno a casa. **Il tutto nel limite di € 2.600,00 per anno assicurativo;**
f) vitto e pernottamento dell'accompagnatore **presso l'Istituto di cura per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo.**

B.2 - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E MUTUE PRIVATE

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato quindi non sostenga in proprio alcuna spesa, **CBA Vita corrisponde una indennità di € 130,00 per ogni pernottamento nel luogo di cura.**

Qualora il ricovero sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato può scegliere tra l'indennità di cui sopra ed il rimborso dell'eccedenza di spesa risarcibile rimasta a suo carico.

Qualora il ricovero avvenga in struttura pubblica ma in regime di attività libero professionale privata (c.d. intramoenia), si procederà secondo quanto previsto dall'articolo B.4 che segue (utilizzo di strutture e medici convenzionati o non convenzionati).

B.3 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fatto salvo quanto prescritto dall'art. 8 delle condizioni comuni la garanzia **decorre dalle ore 24:**

del giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie e gli infortuni;

del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i ricoveri conseguenti o correlabili a situazioni patologiche preesistenti all'effetto dell'assicurazione ma non ancora note all'Assicurato né diagnosticate o oggetto di specifiche cure.

In caso di ricovero iniziato durante il suddetto periodo di carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo connesso al ricovero anche se quest'ultimo sia proseguito oltre il periodo della carenza stessa.

B.4 - DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

B.4.1 - Premessa

La data in cui si è verificato il sinistro è quella in cui è avvenuto il ricovero.

Per la liquidazione dei sinistri CBA Vita si avvale delle strutture operative di Blue Assistance S.p.A. che è pertanto delegata ad effettuare per conto di CBA Vita - sulla base di quanto segue - il pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati oppure il rimborso agli Assicurati delle spese da loro sostenute presso centri non convenzionati.

Blue Assistance è titolare di convenzioni in Italia e all'estero con strutture sanitarie e medici chirurghi, che il Contraente e l'Assicurato hanno la possibilità di conoscere telefonando direttamente a Blue Assistance o consultando l'elenco riportato sul sito internet della Società *www.cbavita.com*.

Le modalità di liquidazione del sinistro si differenziano se l'Assicurato utilizza o meno le strutture convenzionate.

B.4.2 - Utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance
Prima di accedere alle strutture sanitarie convenzionate si deve sempre telefonare a Blue Assistance il cui personale – a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00 e il sabato dalle ore 8 alle ore 12,00 - provvede alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi, scelti dall'Assicurato tra quelli convenzionati.
Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve presentare la propria tessera e compilare la "richiesta di prestazione" che, contenendo i motivi della prestazione sanitaria richiesta, costituisce la denuncia di sinistro.
Se la prestazione è compresa in garanzia, l'Assicurato non sostiene alcuna spesa in quanto Blue Assistance paga direttamente sia la struttura sia i medici convenzionati.
Se l'Assicurato, pur utilizzando una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance e seguendo la procedura di cui sopra, sceglie medici chirurghi non convenzionati, dovrà provvedere personalmente al pagamento di tutte le spese, che gli verranno poi rimborsate da Blue Assistance. **Il rimborso verrà effettuato al 100% per il costo della struttura sanitaria ed al 75% per gli onorari dei medici**.
Blue Assistance provvede inoltre a raccogliere tutta la documentazione e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

B.4.3 - Utilizzo di strutture non convenzionate con Blue Assistance o utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di Mutue private
a) **L'Assicurato** che non si avvale del servizio di Blue Assistance e quindi utilizza strutture sanitarie non convenzionate o, pur utilizzando strutture convenzionate, non si accorda telefonicamente in via preventiva con Blue Assistance, deve provvedere personalmente al pagamento delle spese e per ottenere il rimborso **dovrà:**
   1. **dare appena possibile avviso scritto del sinistro a Blue Assistance allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
   2. **fornire a Blue Assistance copia conforme all'originale della cartella clinica completa;**
   3. **presentare a Blue Assistance gli originali delle fatture e delle notule, fiscalmente regolari e quietanzati, che saranno poi restituiti con indicazione dell'avvenuta liquidazione.**
b) In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di Mutue Private con fruizione dell'indennità sostitutiva di cui all'articolo B.2 che precede, l'Assicurato dovrà produrre la documentazione di cui ai punti 1 e 2 del precedente paragrafo a).

Blue Assistance, ricevuta tutta la documentazione sopraindicata e compiuti gli accertamenti del caso, **provvede a rimborsare al 75% le spese sostenute, lasciando il rimanente 25% a carico dell'Assicurato.**
Per i ricoveri all'estero resi necessari da malattia improvvisa o da infortunio accaduto all'estero, il rimborso delle spese viene effettuato al 100% anche in caso di ricorso a strutture sanitarie e medici non convenzionati con Blue Assistance.
Per malattia improvvisa si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente patologico dell'Assicurato.

B.4.4 - Spese pre e post-ricovero
Le spese riferite a visite specialistiche, accertamenti diagnostici e a trattamenti specialistici, effettuati nei 90 giorni precedenti e nei 90 successivi al ricovero, **non vengono pagate direttamente ma rimborsate da Blue Assistance all'Assicurato.**

B.4.5 - Obblighi dell'Assicurato
L' Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Blue Assistance o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato; **qualora per lo stesso rischio siano**

stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve dare avviso del sinistro a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance delega CBA Vita per il tramite della stessa Blue Assistance a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto.
Qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire a CBA Vita gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto.

B.4.6 - Pagamento dell'indennizzo
Blue Assistance esegue per conto di CBA Vita il pagamento dell'indennizzo spettante all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori sino al giorno del pagamento.
In caso di ricovero all'estero l'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

CONDIZIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA
C - DIARIA

C.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

CBA Vita corrisponde la somma assicurata indicata in polizza per la garanzia C - DIARIA, **per un massimo di 180 giorni per anno assicurativo**, in caso di:

ricovero in Istituto di cura per ogni pernottamento o per ogni giorno di degenza in Day Hospital;
intervento chirurgico ambulatoriale, per un giorno di ricovero;
parto cesareo, per ogni giorno di ricovero;
parto non cesareo ed aborto terapeutico, per ogni giorno di ricovero **fino a 5 giorni**;
dialisi (in Day Hospital o con ricovero) per ciascuna applicazione e **fino ad un massimo di 30 applicazioni per anno.**

Inoltre:

- in caso di ricovero contemporaneo dell'Assicurato e del consorte o convivente dovuto ad un medesimo evento, la diaria spettante per il periodo di degenza si intende raddoppiata.
- in caso di ricovero con degenza continuativa superiore a 30 pernottamenti, la diaria spettante a partire dal 31° pernottamento si intende raddoppiata.

Le prestazioni aggiuntive di cui ai punti sopra regolamentati non cumulano fra di loro.

C.2 - DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fatto salvo quanto prescritto dall'art.8 delle condizioni comuni, **la garanzia decorre dalle ore 24:**

del giorno di effetto dell'assicurazione per le malattie e gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i ricoveri conseguenti o correlabili a situazioni patologiche preesistenti all'effetto dell'assicurazione ma non ancora note né diagnosticate od oggetto di specifiche cure;
del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

In caso di ricovero iniziato durante i suddetti periodi di carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo connesso al ricovero anche se quest'ultimo sia proseguito oltre il periodo della carenza stessa.

C.3 - DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

C.3.1 - Denuncia

In caso di sinistro, l'Assicurato, al termine del ricovero, **deve:**

inviare a Blue Assistance, con la denuncia del sinistro, la certificazione medica sulla natura dell'infermità;
fornire a Blue Assistance copia conforme all'originale della cartella clinica completa;
sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Blue Assistance o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso;
sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese relative alla documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Per data in cui si è verificato il sinistro si intende quella in cui è avvenuto il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale.

C.3.2 - Pagamento dell'indennizzo

Blue Assistance, ricevuta tutta la documentazione sopraindicata e compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori sino al giorno del pagamento.

CONDIZIONI SPECIFICHE DELLA GARANZIA
C* - DIARIA DA CONVALESCENZA

C*.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Ferme restando le condizioni comuni e quelle regolanti la garanzia C – DIARIA e sulla base delle condizioni seguenti, CBA Vita corrisponde la somma assicurata per un periodo di convalescenza successivo alla dimissione da un Istituto di Cura. Tale periodo, **a condizione che il ricovero indennizzabile sia stato superiore a 2 pernottamenti consecutivi**, è uguale a quello del ricovero in Istituto, ma **con il massimo di 30 giorni per evento.**

Per la convalescenza, in aggiunta alla Diaria da ricovero riconosciuta, verrà liquidata un'ulteriore diaria di importo pari al 75% della Diaria da ricovero base.

La garanzia è valida per le persone appartenenti al nucleo del Contraente per le quali nello stampato di polizza la garanzia base C – DIARIA è contrassegnata dalla lettera C seguita da asterisco (C*).

C*.2 – DURATA

La durata della presente garanzia è uguale a quella della garanzia C - DIARIA di cui è una estensione.

Appendice 1: GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:
a) ripetuti dolori al torace;
b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronariche, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (Risonanza Magnetica Nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) e il cancro localizzato non invasivo (CANCRO IN SITU).
La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PARALISI

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) diagnosticata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

Appendice 2: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE

Collo
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezione e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

Esofago
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago bronchiale
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con autotrapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toracolaparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

Torace
- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveale e/o mediastinica
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneomonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via torascopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno

Peritoneo
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali

Stomaco - Duodeno - Intestino tenue
- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia
- Interventi di reconversione per dumping syndrome
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon - Retto
- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino- perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

Fegato - Vie biliari
- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi bilio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:

- interventi di derivazione
- anastomosi porto-cava
- anastomosi spleno-renale
- anastomosi mesenterico-cava
- interventi di devascolarizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

Pancreas - Milza - Surrene

- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anichilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbitozigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcatetere
- Angioplastica coronarica
- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni ancurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari

- Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Interventi per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femolare (monolaterale)
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrolitotrissia percutanea (PVL)
- Litotrissia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Plastiche per incontinenza femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Creazione di vagina artificiale
- Exenteratio pelvica
- Isterectomia radicale per via addomina

- le con o senza linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectornia per via laparoscopica

CHIRURGIA OCULISTICA

- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Cerchiaggio per distacco di retina

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Asportazione tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma del VII nervo cranico
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomie parziali verticali
- Laringectomia e faringolaringectomia totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "grandi interventi chirurgici" anche: il trapianto ed espianto di organi e il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosidetta rianimazione)

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
E SERVIZI DI ASSISTENZA, SEMPRE OPERANTI

Premessa
CBA Vita, al fine di rendere completa la copertura assicurativa e perseguendo una filosofia di servizio verso il cliente, ha voluto abbinare ai tradizionali contenuti assicurativi della polizza, i servizi di gestione e liquidazione dei sinistri grazie ad una convenzione con la società Blue Assistance.
Inoltre, Blue Assistance per il tramite di una polizza di assistenza stipulata con primaria Compagnia assicuratrice, offre agli assicurati CBA Vita una serie di importanti ed utili prestazioni e servizi di assistenza, descritti qui di seguito.
Le prestazioni di Assistenza, regolamentate dalle condizioni che seguono, devono essere richieste alla Centrale Operativa di Blue Assistance (funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno), attivabile a mezzo telefono ai numeri:
- dall'Italia: Numero Verde 800-109109
- dall'Estero: PREFISSO INTERNAZIONALE seguito da 011.7425544

PRESTAZIONI

A - Visite mediche in Italia presso la residenza dell'Assicurato
Qualora l'Assicurato, a seguito d'infortunio o malattia, necessiti di una visita medica urgente presso la propria residenza, e qualora gli stessi medici di Blue Assistance lo valutino necessario, Blue Assistance provvede ad inviare un medico alla residenza dell'Assicurato.
Il Servizio è gratuito per l'Assicurato nei seguenti casi:

nei giorni feriali: dalle ore 20 alle ore 8
nei giorni di sabato e prefestivi: dalle ore 14 alle ore 24
nei giorni festivi: 24 ore su 24

In tutti gli altri casi il costo della prestazione è a carico dell'Assicurato.
Qualora nessuno dei medici della Rete Esterna sia immediatamente disponibile, e sempre che l'intervento del medico sia valutato "urgente", Blue Assistance potrà organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una Struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza. La prestazione viene fornita **per un numero massimo di tre volte per ogni anno di validità del contratto.**

B - Trasporto in Ambulanza
Qualora l'assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia, di un trasporto in autoambulanza dalla propria residenza ad una Struttura sanitaria della Provincia di residenza e viceversa e qualora gli stessi medici di guardia di Blue Assistance lo valutino necessario, Blue Assistance provvede all'invio di un'autoambulanza. **Il massimale per questa prestazione è di € 156,00 per evento. La prestazione viene fornita per un numero massimo di tre volte per ogni anno di validità del contratto.**

C - Invio di medicinali urgenti all'estero
Qualora i medicinali regolarmente registrati in Italia che il medico curante ha prescritto all'Assicurato siano introvabili sul posto e i medici di Blue Assistance concordino che le specialità ivi reperibili non sono equivalenti, Blue Assistance provvede ad inviare i medicinali, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto. **E' a carico dell'Assicurato il solo costo dei medicinali**, che potrà essere rimborsato al rientro in Italia.

D - Viaggio di un familiare
Qualora l'Assicurato in viaggio sia ricoverato a seguito d'infortunio o malattia e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data dei ricovero e qualora, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, richieda di essere raggiunto da questi, Blue Assistance provvede ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica).

E - Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato in viaggio venga colpito da infortunio o malattia e le sue condizioni siano tali che i medici di Blue Assistance, d'intesa con i medici curanti sul posto, ritengano necessario un suo trasferimento in una Struttura sanitaria prossima alla sua residenza allo scopo di assicurare una cura adeguata alla patologia del paziente, Blue Assistance definisce le modalità del rientro e provvede a

organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:

- aereo sanitario
- aereo di linea (eventualmente barellato);
- treno/vagone letto;
- autoambulanza.

Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i Paesi Europei e da quelli del bacino del Mediterraneo. Per tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà con aereo di linea (eventualmente barellato).

Assistere il paziente, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Per tutti i costi di organizzazione e di trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto per accompagnare e assistere il paziente, l'Assicurato non dovrà sostenere alcuna spesa.

Non danno luogo al trasferimento:

- le malattie infettive ed ogni altra patologia a causa della quale il trasporto implichi violazione di norme sanitarie;
- le malattie e gli infortuni che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curati sul posto.

In caso di morte dell'Assicurato durante il viaggio, Blue Assistance provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia, **rimanendo a carico dei familiari le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.**

Il massimale per il trasporto della salma è fissato in € 2.600,00. Nel caso che siano coinvolti più Assicurati contemporaneamente, **la garanzia s'intende prestata con il limite complessivo di € 10.400,00**; in presenza di un costo maggiore, Blue Assistance provvede ad organizzare il trasporto della salma una volta ricevute garanzie bancarie o d'altro tipo da essa giudicate adeguate.

Se le disposizioni di legge del luogo dove si è verificato l'evento impediscono il trasporto della salma in Italia o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, Blue Assistance provvede in tale senso, mettendo a disposizione di un familiare un biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) per presenziare alle esequie.

Qualora si rendesse necessario il riconoscimento della salma, Blue Assistance mette a disposizione di un familiare un biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica).

F - Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato in viaggio, purché convalescente a seguito di un ricovero per infortunio o malattia, sia impossibilitato a rientrare nella sua residenza con il mezzo inizialmente previsto, Blue Assistance, tramite i suoi medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, definisce le modalità del rientro e provvede a:

organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza con il mezzo più idoneo: aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza;

assistere, se necessario, il convalescente durante il rientro con personale medico e/o infermieristico;

organizzare, in assenza di un altro accompagnatore (es. medico o infermiere), il viaggio di un parente dell'assicurato mettendo a disposizione un biglietto di andata e ritorno, in treno (prima classe) o in aereo (classe economica).

Per tutti i costi di organizzazione e di trasporto, compresi gli onorari dei personale medico e/o infermieristico che l'accompagnano e le spese dei biglietti del viaggio dell'eventuale parente, l'Assicurato non deve sostenere alcuna spesa.

G - Trasferimento in Strutture sanitarie specializzate
Qualora l'assicurato sia colpito da malattia o infortunio che, sulla base di valutazioni cliniche dei medici di Blue Assistance e del medico curante, necessiti di terapie o di interventi chirurgici effettuabili solo presso Strutture sanitarie italiane specializzate ubicate fuori dalla Regione di residenza o presso Strutture estere, Blue Assistance provvede alle seguenti prestazioni:

- organizzazione dei consulti medici;
- individuazione della Struttura specializzata e prenotazione per il ricovero;
- organizzazione del trasferimento nei tempi e con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente (aereo, treno, autoambulanza, ecc.)
- eventuale accompagnamento con personale medico o infermieristico;
- viaggi di accompagnamento di un familiare (andata e ritorno);
- contatti medici nel corso del ricovero;
- rientro del paziente.

Per l'insieme di queste prestazioni il massimale ammonta a € 26.000,00 per ogni anno di validità del contratto.

H - Accompagnatore e/o mezzo di trasporto per recarsi presso Strutture sanitarie
Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alle dimissioni da una Struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per recarsi presso Strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, Blue Assistance, accertata la necessità della prestazione, provvede alla sua organizzazione, **fino ad un massimale di € 260,00 per anno assicurativo e per singolo Assicurato.**

I - Interprete a disposizione all'estero
Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di infortunio o malattia e si renda necessario un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni fra l'Assicurato stesso e i medici curanti, compatibilmente con le disponibilità locali, Blue Assistance provvede a reperirlo. Per questa prestazione è previsto un **massimale di € 520,00 per anno assicurativo e per singolo Assicurato.**

SERVIZI

A - Consigli medici telefonici
Blue Assistance mette a disposizione il proprio servizio medico per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni mediche.

B - Prenotazione check-up
Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare un check-up presso un centro della rete convenzionata, Blue Assistance provvede ad effettuare la prenotazione; il **costo della prestazione medica è a carico dell'Assicurato**, che avrà comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali preconcordate da Blue Assistance.

C - Accesso a tariffe preferenziali
Indipendentemente dalle garanzie assicurative prestate dalla polizza, l'Assicurato che desidera ottenere prestazioni sanitarie presso centri convenzionati, potrà richiedere a Blue Assistance il servizio prenotazione. Blue Assistance è a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, per informazioni e prenotazioni sulla rete di Strutture sanitarie convenzionate in Italia con Blue Assistance S.p.A. (Istituti di cura, Day Hospital, poliambulatori diagnostici). L'accesso è garantito in forma indiretta.
Il costo delle prestazioni è a carico dell'Assicurato, che avrà comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali preconcordate da Blue Assistance.

Note generali

Le prestazioni sono operanti dalla data di decorrenza della polizza e, in mancanza di esplicita comunicazione contraria, per tutta la durata del contratto purché il premio di polizza risulti pagato. L'eventuale cessazione della fornitura dei servizi di Blue Assistance sopraelencati dovrà essere tempestivamente comunicata a tutti gli Assicurati; non pregiudica gli altri servizi Blue Assistance e non potrà essere invocata come anticipata risoluzione del contratto di assicurazione.
L'Assicurato si obbliga a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti da Blue Assistance, a fornire ogni informazione richiesta e a produrre, se necessario, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Nel caso in cui l'Assicurato venga autorizzato ad anticipare il costo delle prestazioni garantite in polizza, **l'Assicurato stesso dovrà allegare alle domande di rimborso da inviare a Blue Assistance i documenti giustificativi in originale**. Per le spese sostenute in valuta estera i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.
Blue Assistance non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura alternativo o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo in parte per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza.

RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

Da inviare a **Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni** - Corso Svizzera, 185 10149 – Torino
Per informazioni dall'Italia 800-109109/dall'estero +39 011.7425544

CONTRAENTE _____ **POLIZZA N°** _____

ASSICURATO _____ ☐ Iscritto ☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro
Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove ricevere comunicazioni Via/C.so _____ Num. Civ. _____
Unicamente domicilio o residenza

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Recapito telefonico _____

Altre coperture sanitarie del nucleo famigliare ☐ NO ☐ SI _____
Compagnia/Fondo/Cassa

Desidero attivare per questa denuncia il servizio **INFO SMS** sullo stato della pratica. **N.Cellulare** _____

DATI BANCARI (OBBLIGATORI)

Cognome e nome del/i titolare/i del c/c _____

Codice fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello del contraente) _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO

RICOVERI e/o INTERVENTI

☐ Ricovero con/senza intervento chirurgico ☐ Day Hospital con/senza intervento chirurgico ☐ Intervento ambulatoriale
☐ Parto naturale ☐ Parto cesareo/aborto terapeutico ☐ pre e/o post ricovero/intervento

Periodo di degenza dal _____ *al* _____ *Motivo del ricovero* _____

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Ricovero/Day Hospital: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Originali degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Diaria sostitutiva (riconosciuta per i ricoveri a totale carico del SSN): copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Autocertificazione, per la garanzia ricovero, attestante le persone appartenenti al nucleo del Contraente

EXTRARICOVERO (prestazioni non connesse a Ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale)

Patologia _____

Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Originali dei giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc) relativi all'evento
- Cure dentarie (qualora la polizza ne preveda la valutazione di rimborso): necessario il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Lenti/occhiali (qualora la polizza ne preveda la valutazione di rimborso): necessaria la dichiarazione medica di variazione del visus

☐ **Documentazione relativa a prestazione già presa in carico da Blue Assistance in forma diretta**

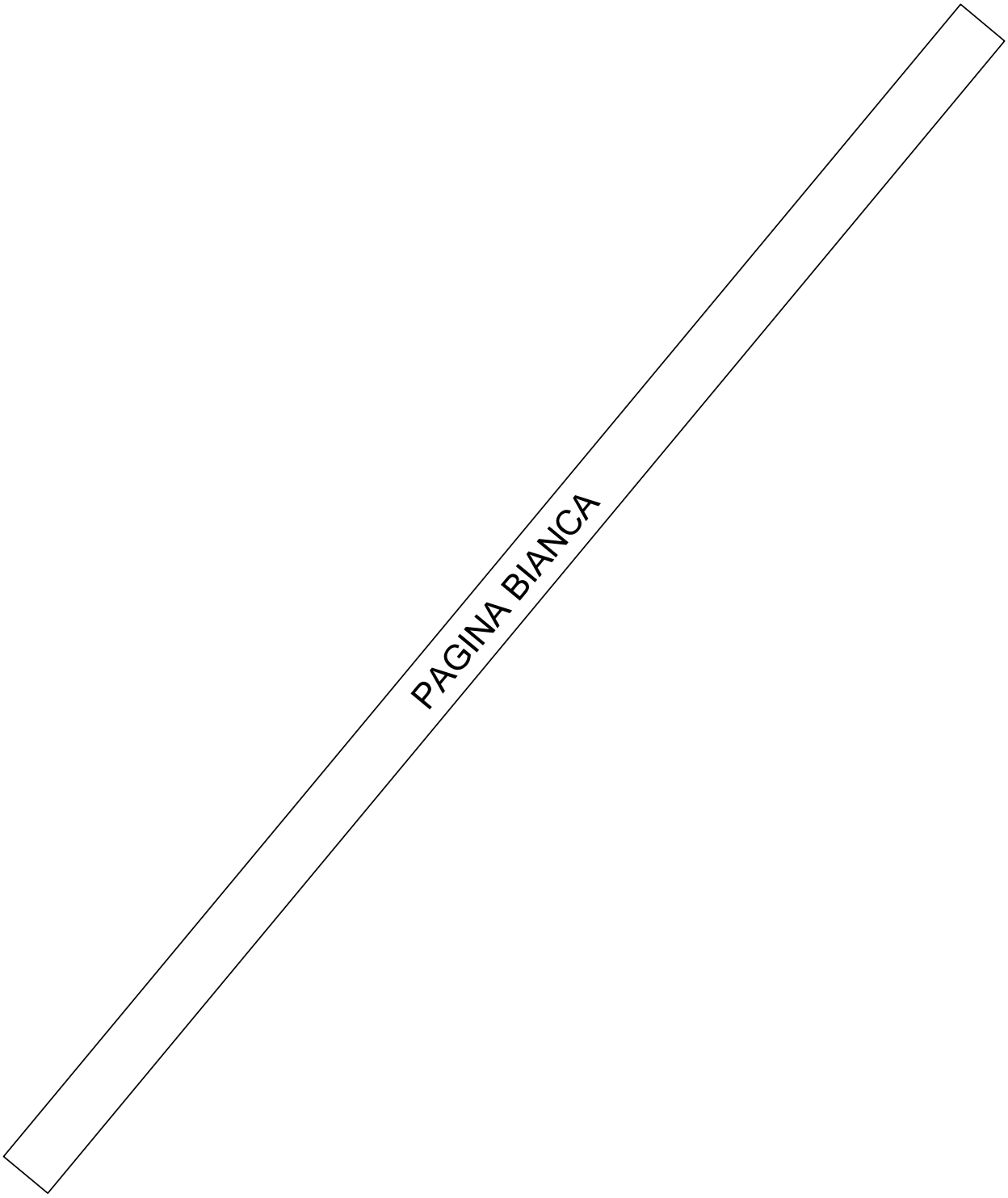
DOCUMENTAZIONE DI SPESA

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

Data _____ **Firma dell'assicurato** (o di chi ne esercita la patria potestà) _____

N.B. Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata


PAGINA BIANCA