

Polizza rimborso spese mediche

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni



C.N.P.A.D.C. – Polizza Sanitaria Piano Integrativo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Reale Mutua di Assicurazioni società mutua assicuratrice, capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, Via Corte d'Appello, n. civico 11; CAP 10122; città Torino; tel. +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966; sito internet: www.realemutua.it; e-mail: buongionnoreale@realemutua.it; pec: realemutua@pec.realemutua.it.
Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1.977 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 1.917 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.024,4 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 436,8 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.043,0 milioni di euro;
- solvency ratio: 297, 0%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Le garanzie di seguito indicate sono integrative rispetto a quelle indicate nel DIP Danni.

SERVIZI DI ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE CONVENZIONATE:

- ✓ Servizio "Dott. Smalto"
- ✓ Servizio "Mister Fisio"
- ✓



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

LIMITI DI ETÀ – PERSONE NON ASSICURABILI

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti alla Cassa. Per i familiari viene convenuto un limite di 80 anni di età per il coniuge o convivente more uxorio, e di 30 anni per ciascun figlio convivente; per gli Assicurati che raggiungono il limite di età in corso di copertura, la garanzia opera fino al termine dell'annualità assicurativa

TERMINI DI CARENZA

La garanzia – nei confronti del singolo Assicurato – decorre:

- per gli infortuni dalle ore 00 del giorno di effetto dell'assicurazione (o dalle ore 24 del giorno del successivo inserimento in garanzia);
- per le malattie diverse da quelle indicate nell'alinea successivo, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia);
- per il parto o le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia). Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza dell'assicurazione, la garanzia – con riferimento agli eventi citati – è prestata nei termini normali previsti (rischio compreso).

FRANCHIGIE / SCOPERTI

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
 - a) Utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance:
 - In caso di ricovero, compreso day hospital/day surgery, qualora l'Assicurato abbia un'età superiore ai 75 anni, viene applicata una franchigia di € 1.200
 - In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, per tutti gli Assicurati viene applicata una franchigia di € 100.
 - b) Utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionate con Blue Assistance
 - Le spese sostenute dall'Assicurato per intervento chirurgico in regime di ricovero vengono rimborsate da Blue Assistance, previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 250 e il massimo non indennizzabile di € 2.500. Per gli Assicurati di età superiore ai 75 anni, fermo lo scoperto del 10%, il minimo non indennizzabile viene elevato a € 1.500 e il massimo non indennizzabile a € 5.000.
 - In caso di trapianto, ricovero senza intervento chirurgico, parto cesareo e aborto indennizzabile, day-hospital/day surgery, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%. Per gli Assicurati di età superiore ai 75 anni, fermo lo scoperto del 20%, è previsto un minimo non indennizzabile di € 1.500 che rimane a carico dell'Assicurato, ed un massimo non indennizzabile di € 5.000
- VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
 - In caso di utilizzo di medici e poliambulatori entrambi convenzionati con Blue Assistance: franchigia di € 30
 - In caso di utilizzo di medici e/o poliambulatori non convenzionati con Blue Assistance, scoperto 25% con il minimo non indennizzabile di € 51,
 - In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato purché di importo complessivo non inferiore a € 25.
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI
 - garanzia operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance: franchigia di € 40 per ogni ciclo fisioterapico.
- CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO
 - garanzia operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance: scoperto 20%, minimo € 150.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p><u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE:</u> L'Assicurato deve attivare la liquidazione in forma diretta, con almeno 3 giorni di anticipo rispetto alla data della prestazione richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none">- contattando la struttura sanitarie mediante il servizio "DirettaBlueasy"- telefonando alla Centrale Operativa di Blue Assistance. <p><u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE O RICORSO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE :</u> L'Assicurato deve richiedere il rimborso delle spese sostenute inviando la denuncia del sinistro a Blue Assistance allegando la certificazione medica e di spesa tramite "upload" della documentazione dalla propria area riservata del sito www.blueassistance.it. In alternativa, inviando la documentazione cartacea a mezzo posta presso la sede di Blue Assistance .</p>
	<p>Prescrizione: Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri 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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.
Ulteriori obblighi del Contraente	<p>Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le Condizioni di Assicurazione nonché a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili all'impresa.</p> <p>Entro 30 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo, il Contraente dovrà fornire a Reale Mutua i dati necessari alla determinazione consuntiva del premio, eventualmente non ancora comunicati.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<p>Qualora si manifesti una delle condizioni di non assicurabilità dopo l'incasso del premio, la persona cessa di essere assicurata: in questo caso il Contraente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto dell'imposta.</p> <p>Qualora Reale Mutua eserciti la facoltà di recesso per sinistro, la stessa rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativo al rischio non corso.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.
--	---



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge agli iscritti alla Cassa e i pensionati attivi; la copertura può essere estesa, dietro richiesta di ciascun iscritto e con costi a suo carico, al relativo nucleo familiare.



Quali costi devo sostenere?

Sulla base delle rilevazioni contabili dell'ultimo esercizio relativi al presente prodotto, l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 13,00% dei premi contabilizzati

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it . La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Commissione di garanzia: Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it . La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei

confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

Arbitrato

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile