



Convenzione Cassa Nazionale del Notariato Rimborso Spese Mediche.

INDICE

1. PIANO SANITARIO BASE - GARANZIE "A"	pag. 4
2. PIANO SANITARIO INTEGRATIVO - GARANZIA "B"	pag. 9
3. GUIDA ALL'ACCESSO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 14
4. RICHIESTE PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE	pag. 18
CGA PIANO SANITARIO BASE	pag. 23
DIP BASE	pag. 53
DIP AGGIUNTIVO	pag. 55
CGA PIANO SANITARIO INTEGRATIVO	pag. 59
DIP BASE	pag. 83
DIP AGGIUNTIVO	pag. 85
MODULO DI ADESIONE	pag. 89
MODULO RICHIESTA RIMBORSO	pag. 97

1. PIANO SANITARIO BASE - GARANZIE "A"

RICOVERI PER:

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO

GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE

Massimale annuo: € 400.000,00

Il massimale di Euro 400.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE

Condizioni di liquidazione:

- **Diretta:** 100%
- **Rimborso:** -Notai in esercizio: scoperto 10%
-Notai in pensione: scoperto 10%
- **Forma Mista:** -Costi di struttura medesime regole previste dalla forma diretta
-Onorari medici medesime regole previste per la forma a rimborso
- **Ticket / Trattamento alberghiero all'interno del SSN:** 100%

Spese pre e post ricovero:

- **Pre ricovero:** 125 gg (100 gg in caso di grave evento morboso)
- **Post ricovero:** 155 gg (180 gg in caso di trapianto, 120 gg in caso di grave evento morboso)

Condizioni di liquidazione delle spese pre e post:

- **Diretta:** 100%
- **Rimborso:** scoperto 10%
- **Ticket:** 100%

Accompagnatore: € 100,00 al giorno per persona, per un periodo massimo di 30 giorni a ricovero/anno

Assistenza Infermieristica Individuale: limite annuo di € 3.900,00

Trasporto assicurato e accompagnatore: Italia e stati della UE limite di € 3.000,00 per ricovero
Resto del mondo limite di € 6.000,00 per ricovero

Tali massimali sono da intendersi per il Titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Acquisto, noleggio e manutenzione apparecchi protesici, terapeutici e sanitari:

limite annuo di € 5.500,00

Tale massimale è da intendersi per il Titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Cure palliative e terapie del dolore: limite di € 15.000,00 per evento

Costi funerari e rimpatrio salma solo in caso di decesso all'estero: limite annuo di € 10.000,00

Indennità sostitutiva:

- € 155,00 al giorno – massimale annuo di 180 giorni /assistito (franchigia due giorni)
- € 50,00 al giorno per ricoveri e Day Hospital pre e post intervento
- Spese pre/post: secondo i limiti temporali previsti e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici e i gravi eventi morbosi"
- Ticket: al 100%

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA

Massimale annuo: € 15.000,00

Il massimale di € 15.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione:

- **Diretta:** -Notai in esercizio: al 100%
-Notai in pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione
- **Rimborso:** Notai in esercizio e Notai in Pensione franchigia € 100,00 per prestazione
- **Ticket:** 100%

MEDICINA PREVENTIVA

Massimale annuo: € 1.000,00

Il massimale di € 1.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione:

- **Diretta e Rimborso:** 100% entro il massimale annuo

Prestazioni erogabili solo in forma diretta:

Visita dermatologica con mappature dei nei, sangue occulto nelle feci, pacchetto di analisi di laboratorio generico come da elenco presente nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.7.

Nota: Il pacchetto analisi di laboratorio generico deve essere effettuato in un'unica soluzione.

CURE ONCOLOGICHE (prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, trattamenti e terapie comprensive di eventuale Day Hospital o ricovero)

Massimale annuo: € 50.000,00

Il massimale di € 50.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione: **100%** entro il limite annuo di € 50.000,00

Nota: in caso di esaurimento del massimale (€ 50.000,00) verranno applicati nell'ordine i massimali e gli scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici ed i gravi eventi morbosi" nonché quelli previsti al piano sanitario integrativo GARANZIE "B" qualora sottoscritto.

FOLLOW UP ONCOLOGICO (prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione)

Massimale annuo: € 10.000,00

Il massimale di Euro 10.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione: **al 100%**

Nota: per aver diritto alla copertura è condizione essenziale, alla prima richiesta di rimborso, esibire la tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L. recante il codice specifico per patologia. Non sarà necessario ripresentarla per le successive richieste.

COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA

- Massimale mensile a rimborso: € 250,00 procapite al mese per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della polizza delle spese sostenute come da elenco riportato nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.10.

Condizioni di liquidazione: **al 100%** entro il limite mensile

- Prestazioni di assistenza per non autosufficienza quando l'invalido civile al 100% si trovi in uno stato tale, accertato e definitivo, da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana: la garanzia prevede la fornitura di specifici servizi a domicilio o in rete, all'interno del massimale di Euro 500,00 al mese come da elenco riportato nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.10.

Si precisa che per la parte eccedente il predetto massimale mensile, l'Assistito avrà diritto a richiedere il rimborso ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

Per attivare la copertura delle prestazioni assistenziali previste in caso di non autosufficienza definitiva al 100% con accompagnamento qualora ricorrano le condizioni previste alla lettera b) delle CGA, contattare il Numero Verde Blue Assistance 800.183.433 e selezionare il digit numero 5.

Nota: la condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente

di una copia del Verbale della Commissione di prima istanza per invalidità civile da cui risulti che l'assistito è riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento. Inoltre, per le prestazioni di assistenza per non autosufficienza, è necessario che sia allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza redatto su apposito modello fornito dall'assicuratore con compilazione della relazione sulle cause della perdita dell'autosufficienza.

INDENNITÀ PER GRAVE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di IP (Invalidità permanente) superiore al 66% indennizzo pari al capitale assicurato di Euro 60.000,00.

Condizioni di liquidazione: denuncia da presentare entro 60 gg. dall'infornuto.

Nota: garanzia gestita dall'Ufficio Sinistri Complessi Previdenza i cui riferimenti sono presenti alla Sezione numeri utili.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per spese in area Ricovero:

ESEMPIO RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO / GRAVE EVENTO MORBOSO		
	A in rete (struttura e medici entrambi convenzionati)	B fuori rete struttura e medici entrambi non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico		€ 15.000
Franchigia / Scoperto	Non operante	SCOPERTO: 10%
Rimborso	€ 15.000	€ 13.500

2. PIANO SANITARIO INTEGRATIVO - GARANZIA "B"

ESEMPIO RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO / GRAVE EVENTO MORBOSO IN FORMA MISTA		
	C Quota in rete (struttura convenzionata)	C Quota fuori rete (equipe medica non convenzionata)
Importo fatture per intervento chirurgico	€ 5.000	€ 10.000
Franchigia / Scoperto	Non operante	SCOPERTO: 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 9.000

- **Esempio A:** rimborso di € 15.000 (assenza di scoperti).
- **Esempio B:** rimborso di € 13.500 (ottenuto sottraendo lo scoperto del 10% sul totale richiesto).
- **Esempio C:** rimborso di € 14.000 (di cui € 5.000 in assenza di scoperti relativamente alla quota di fatturazione della struttura e 9.000 relativo alla quota dell'equipe medica non convenzionata, ottenuta sottraendo al richiesto il 10%).

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'equipe medica non convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale.

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per spese extra ricovero di alta diagnostica:

ESEMPIO EXTRA RICOVERO DI ALTA DIAGNOSTICA		
	A in rete (struttura e medici entrambi convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici entrambi non convenzionati)
Importo fattura esame di alta diagnostica	€ 250	
Franchigia	Non operante per notai in esercizio	€ 100,00 per notai in esercizio
	€ 50,00 per notai in pensione	€ 100,00 per notai in pensione
Rimborso	€ 250,00 (notai in esercizio)	150,00 (notai in esercizio)
	€ 200,00 (notai in pensione)	€ 150,00 (notai in pensione)

- **Esempio A:** rimborso di € 250 per notai in esercizio, € 200 per notai in pensione (ottenuto sottraendo € 50,00 all'importo della fattura di € 250,00).
- **Esempio B:** rimborso di € 150 per entrambe le categorie (ottenuto sottraendo € 100,00 all'importo della fattura di € 250,00).

Massimale annuo: € 200.000,00

Tale massimale deve intendersi per l'intero nucleo familiare per tutte quelle garanzie che non sono previste nel Piano Sanitario Base – Garanzie "A".

PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI E DAY HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE E PARTO RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO E MALATTIA CHE RISULTINO IN GARANZIA A TERMINI DI POLIZZA

Condizioni di liquidazione:

- **Diretta:** al 100%
- **Rimborso:** scoperto 10%
- **Forma Mista:** -costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta
-onorari medici medesime regole previste per la formula a rimborso
- **Ticket / Trattamento alberghiero:** al 100%

Nota: In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% per i notai attivi, del 35% per i notai pensionati

Spese pre e post ricovero:

- **Pre ricovero:** limite di 90 gg
- **Post ricovero:** limite di 120 gg

Condizioni di liquidazione:

- **Diretta:** al 100%
- **Rimborso:** scoperto 10%
- **Ticket:** 100%

Accompagnatore € 100,00 al giorno – per un periodo massimo di 30 giorni per ricovero/anno

Trasporto assicurato e accompagnatore:

- Italia e UE limite di € 3.000,00 per ricovero
- Resto del mondo limite di € 6.000,00 per ricovero

Trasporto e Rimpatrio salma:

- Italia limite di € 2.000,00
- Estero limite annuo di € 5.000,00

Indennità sostitutiva

- Massimale: 155 Euro al giorno massimo 180 giorni anno/persona
- Nota: in caso di Day Hospital l'importo sarà pari al 50%

Parto

- Massimale parto spontaneo: € 3.000,00 per evento
- Massimale parto cesareo: € 6.000,00 per evento

Condizioni di liquidazione:

- **Diretta / Rimborso:** 100%

VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE, PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE

Massimale annuo / nucleo: € 5.000,00

Condizioni di liquidazione

- **Diretta:** - Notai in esercizio: al 100%
- Notai in pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione
- **Rimborso:** Notai in esercizio/Notai in Pensione: nessuna franchigia
- **Ticket:** 100%

PACCHETTO MATERNITA'

- Massimale per evento per prestazioni in forma diretta: nessun limite previsto
- Massimale per evento per prestazioni in forma rimborsuale: € 800,00
- Condizioni di liquidazione:
- Diretta/Rimborso: al 100%

In caso di stato di gravidanza debitamente certificato, l'Assicuratore rimborsa le seguenti prestazioni:

- n° 3 ecografie di controllo;
- n° 8 analisi clinico-chimiche;
- n° 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche.

Nota: ai fini del rimborso, tutta la documentazione dovrà essere inviata in un'unica soluzione.

PROTESI ORTOPEDICHE, APPARECCHI ACUSTICI E AUSILI MEDICI

Massimale annuo / nucleo: € 3.200,00

Condizioni di liquidazione:

- Diretta / Rimborso: scoperto 20%

Nota: Si precisa che sono, altresì rimborsati anche gli ausili medici, ortopedici e le ortesi con un sottolimito di € 600,00.

CURE ODONTOIATRICHE

La garanzia Cure odontoiatriche del Piano sanitario Integrativo come da art. Art.4.5 – lett. E della Sezione 4 GARANZIA "B" – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO opera esclusivamente in rete (pagamento diretto) previa autorizzazione della Centrale Operativa e consente agli assistiti l'accesso agli studi odontoiatrici convenzionati del network di Blue Assistance, permettendo loro di usufruire entro il massimale annuo di € 200.000,00 delle seguenti prestazioni:

- 1. prevenzione odontoiatrica:** visita specialistica e seduta di igiene orale (ablazione tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni), nel limite di un'unica soluzione all'anno per ciascuna persona assicurata, con spesa totalmente a carico di Reale Mutua;
- 2. avulsioni:** estrazioni dentarie, con costo a carico dell'iscritto diversificato a seconda si tratti di estrazione semplice (franchigia fissa € 35,00) o complessa (franchigia fissa € 120,00);
- 3. prestazioni di implantologia:** applicazione di impianti, con costo a carico dell'Assistito di € 800,00 (franchigia fissa) per ciascun impianto;
- 4. pacchetto emergenza odontoiatrica:** cure d'emergenza a seguito di infortunio documentato da certificato di accesso al Pronto Soccorso, nel limite di una volta all'anno per ciascuna persona assicurata, con spesa totalmente a carico di Reale Mutua.

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 72 ore prima dall'inizio del trattamento.

Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro. Blue Assistance provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate. Al momento della conclusione del "Piano di Cure", l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o franchigie e scoperti previsti in polizza).

Per tutte le altre cure dentarie:

- conservativa
- chirurgia
- protesica
- ortognatodonzia
- igiene orale e paradontologia
- diagnostica

la copertura opera sotto forma di "accesso a tariffe in convenzione". Ossia viene garantita agli assistiti la possibilità di godere di vantaggi economici rispetto alla spesa per le medesime prestazioni erogate privatamente dall'odontoiatra, grazie a convenzioni stipulate ad hoc con singoli medici odontoiatri/studi odontoiatrici, capillarmente diffusi sul territorio.

COSTI ANNUALI DEL PIANO INTEGRATIVO

"Formula single"

adesione del solo titolare: contributo annuo lordo € 1.292,70;

"Formula family"

adesione del titolare unitamente al nucleo familiare: contributo annuo lordo € 2.222,70

Nota: per ogni figlio non a carico e convivente di età superiore ai 30 anni è previsto un contributo annuo lordo pari a € 995,10.

Si precisa che per nucleo familiare si intende:

- il capo nucleo (iscritto alla Cassa del Notariato come notaio in esercizio/titolare di pensione);
- il coniuge non legalmente separato o, in alternativa, il convivente more uxorio e dall'unito civilmente;
- i figli (conviventi e non) fiscalmente a carico (senza limite di età);
- i figli (conviventi) non fiscalmente a carico fino ai 30 anni.

Sono comunque compresi i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto in area Ricovero:

RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	Scoperto 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 4.500

ESEMPIO RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO IN FORMA MISTA		
	C Quota in rete (struttura convenzionata)	C Quota fuori rete (equipe medica non convenzionata)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	€ 10.000
Franchigia / Scoperto	Non operante	Scoperto 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 9.000

- **Esempio A:** rimborso di € 5.000 (assenza di scoperti).
- **Esempio B:** rimborso di € 4.500 (ottenuto sottraendo lo scoperto del 10% sul totale richiesto).
- **Esempio C:** rimborso di € 14.000 (di cui € 5.000 in assenza di scoperti relativamente alla quota di fatturazione della struttura e 9.000 relativo alla quota dell'equipe medica non convenzionata, ottenuta sottraendo il 10%)

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'equipe medica non convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale.

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per intervento in regime di day hospital o ambulatoriale:

ESEMPIO INTERVENTO IN REGIME DI DAY HOSPITAL O AMBULATORIALE		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 2.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	Notai in esercizio scoperto 30% Notai in pensione scoperto 35%
Rimborso	€ 2000 (notai in esercizio)	€ 1.400 (notai in esercizio)
	€ 2000 (notai in pensione)	€ 1.300 (notai in pensione)

- **Esempio A:** rimborso di € 2.000 (nessuna franchigia o scoperto applicato).
- **Esempio B notaio in esercizio:** rimborso di € 1.400 (ottenuto sottraendo € 600, ovvero il 30%, all'importo di € 2.000).
- **Esempio B notaio in pensione:** rimborso di € 1.300 (ottenuto sottraendo € 700, ovvero il 35%, all'importo di € 2.000).

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per visite specialistiche – diagnostica corrente – prestazioni terapeutiche e fisioterapiche:

ESEMPIO EXTRARICOVERO		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura esame/visita extraricovero	€ 120	
Franchigia / Scoperto	Non operante per i notai in esercizio	Non operante per i notai in esercizio
	€ 50,00 per notai in pensione	Non operante per i notai in pensione
Rimborso	€ 120,00 per i notai in esercizio	€ 120,00 per i notai in esercizio
	€ 70,00 per i notai in pensione	€ 120,00 per i notai in pensione

- **Esempio A:** rimborso di € 120 per notai in esercizio, € 70 per notai in pensione (ottenuto sottraendo € 50,00 all'importo della fattura di € 120,00).
- **Esempio B:** rimborso di € 120 per entrambe le categorie.

3. GUIDA ALL'ACCESSO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni sanitarie.

AREA RISERVATA SUL SITO DI BLUE ASSISTANCE

L'accesso all'area dedicata permetterà di:

- consultare le informazioni relative alle prestazioni garantite dal piano sanitario;
- cercare una Struttura Sanitaria o un Medico Convenzionato, interrogando il sistema per chiave geografica, branca specialistica o nome dello specialista ed eventualmente richiedere la prestazione in forma diretta;
- essere aggiornato sullo stato delle pratiche presentate, con il massimo livello di dettaglio, anche sulla loro liquidazione;
- richiedere un rimborso online;
- richiedere una prestazione in forma diretta online senza necessità di contattare preventivamente la Centrale Operativa;
- stampare un Voucher per l'accesso a tariffe preferenziali presso il Network Blue Assistance, da utilizzare esclusivamente in caso di prestazioni non previste dal Piano Sanitario o per esaurimento dei massimali.

COME REGISTRARSI

Per accedere all'area riservata di Blue Assistance è necessario effettuare una registrazione seguendo la procedura di seguito riportata.

Al primo accesso al sito www.blueassistance.it, raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato, cliccare sul pulsante **Registrazione** e successivamente sul pulsante **Registrati** per l'Area Riservata.

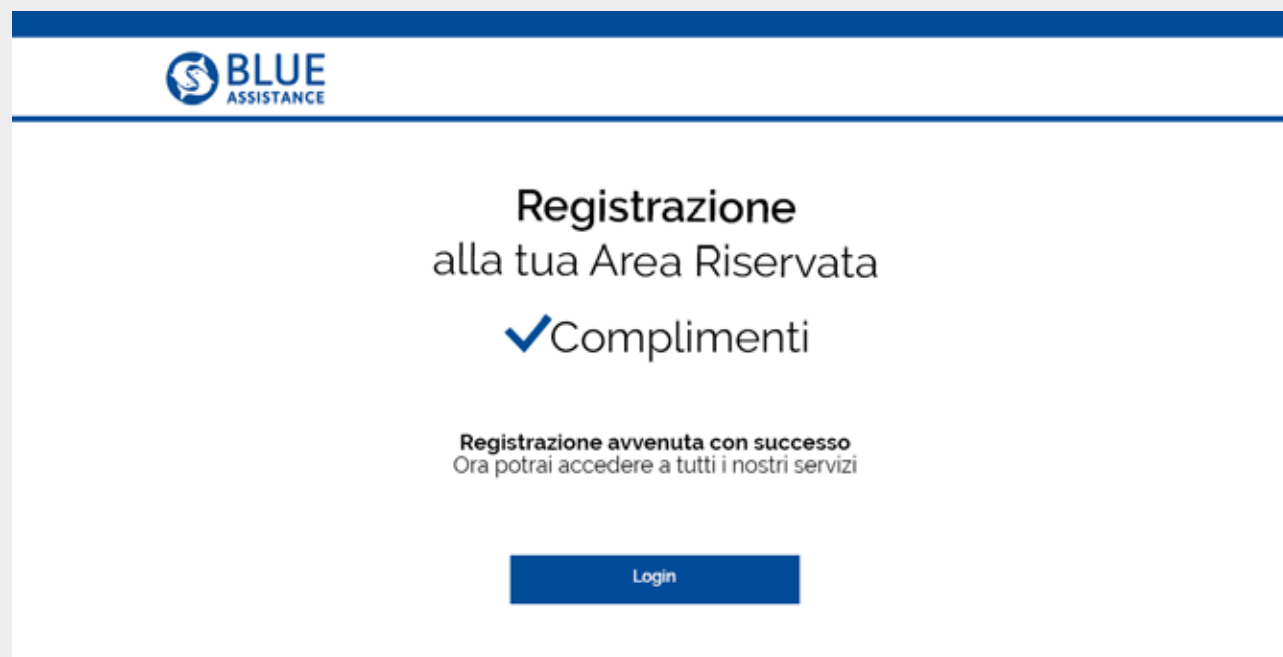


Il form di richiesta va compilato con i propri dati personali e con l'indirizzo mail che corrisponderà alla **Username** per effettuare l'accesso alla propria Area Riservata.

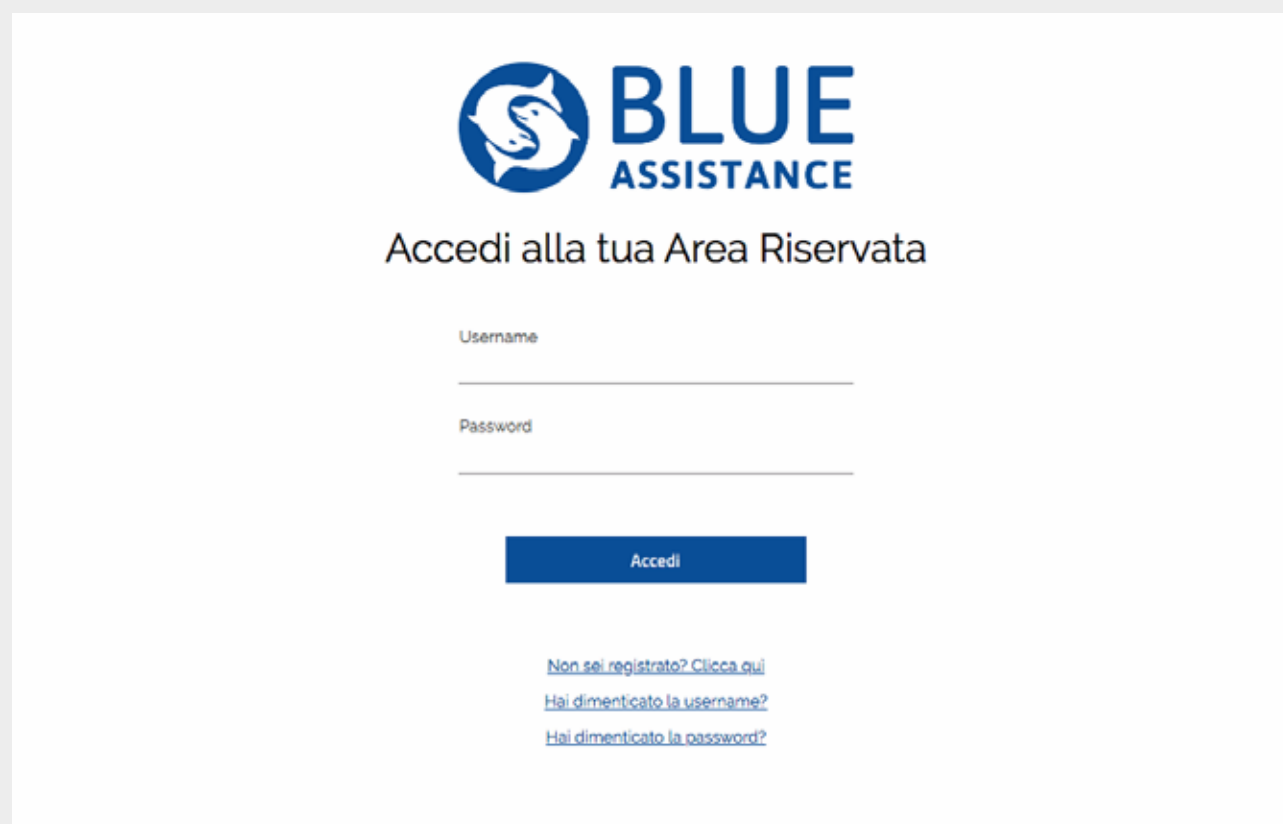
Una volta terminata la fase di compilazione, **cliccare sul pulsante Registrati**.

Verrà inviata una mail automatica all'indirizzo e-mail inserito in fase di registrazione contenente il link per confermare ed attivare l'utenza.

Cliccare quindi sul link contenuto nella mail.



Cliccare sul pulsante **Login** per effettuare l'accesso con le credenziali inserite in fase di registrazione



Lo stesso form è accessibile dal sito www.blueassistance.it cliccando sul pulsante Area Riservata.

Per eventuali problemi in fase di registrazione invitiamo a compilare il form **"Problemi di Registrazione?"**. Oppure sul link **"HELP"**.



4. RICHIESTE PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

CONVENZIONAMENTO DIRETTO

È possibile richiedere una prestazione in forma diretta con le seguenti modalità:



Online sull'Area Riservata Blue Assistance (valida per tutte le prestazioni di Ricovero ed Extraricovero)

Attraverso l'Area Riservata di Blue Assistance, raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato, è possibile richiedere l'attivazione in forma diretta in Strutture Sanitarie Convenzionate.

Per poter richiedere una prestazione in forma Diretta occorrerà aver già prenotato presso la struttura prescelta; la richiesta dovrà essere effettuata, almeno 3 giorni lavorativi (72h) prima della prestazione, direttamente dall'Area Riservata compilando il relativo form.

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Entro il termine massimo di 24 ore dalla prestazione l'Assistito riceverà una e-mail con la conferma della presa in carico della prestazione.



Tramite Centrale Operativa (valida per tutte le prestazioni di Ricovero ed Extraricovero)

Laddove l'Assistito preferisca richiedere l'attivazione in forma diretta telefonicamente deve preventivamente prendere contatto con la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi (72h) dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 3 giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla. Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.



La Centrale Operativa di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

- **dalle ore 9 alle ore 19.30 dal lunedì al venerdì**, per la presa in carico di prestazioni in forma diretta in strutture sanitarie e con medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni per la scelta della struttura e dei medici più idonei;
- **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**, per prestazioni di assistenza alla persona e per consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.
- **Dall'Italia:** Numero verde 800.183.433
- **Dall'estero:** Prefisso internazionale +39 011.741.7419
- **Area Riservata:** www.blueassistance.it

Si rimanda alla SEZIONE 3 punto a) delle condizioni di polizza per maggiori dettagli sulle modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate e al punto b) per maggiori dettagli sulle prestazioni in strutture sanitarie convenzionate, ma con equipe medica non convenzionata (convenzionamento misto).

Cure odontoiatriche (solo per piano integrativo)

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 72 ore prima dall'inizio del trattamento.

N.B. Al fine di poter richiedere una presa in carico di una prestazione in rete, l'Assicurato titolare del solo Piano Base, al primo accesso al portale di Blue Assistance viene rimandato ad una pagina denominata "Raccolta Privacy", nella quale in fase di download, deve dichiarare preventivamente di aver preso atto dell'Informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che lo riguardano, in maniera funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare.

La suddetta documentazione una volta stampata e sottoscritta deve essere caricata a mezzo portale. Solamente una volta portato a compimento il processo di caricamento, si potranno utilizzare le funzioni dispositive.

RICHIESTE DI RIMBORSO



ONLINE sull'Area Riservata Blue Assistance

Per chiedere il rimborso delle spese sostenute accedere all'apposita funzione presente nell'Area Riservata del portale di Blue Assistance - www.blueassistance.it, raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato.

Gli step per l'inserimento della domanda di rimborso sono i seguenti:

- selezione dell'Assicurato che ha eseguito la prestazione
- inserimento dei propri dati bancari
- caricamento dei dati per ciascuna fattura di spesa
- upload di ciascuna fattura e della documentazione medica richiesta.

Alla chiusura della pratica di richiesta di rimborso, l'Assistito riceverà via email il prospetto liquidativo con il dettaglio delle somme rimborsate.

È possibile monitorare lo stato di avanzamento dei documenti trasmessi direttamente sul portale.

Laddove **Blue Assistance** abbia necessità di ulteriore documentazione ai fini della valutazione della pratica, verrà inviata una mail all'Assistito con la richiesta.

La documentazione integrativa sarà possibile trasmetterla sempre attraverso il portale recuperando la precedente richiesta inizialmente caricata.

Qualora fosse necessario inviare dei documenti cartacei perché per esempio troppo voluminosi (tipo cartella clinica) è possibile procedere tramite portale compilando e stampando il modulo di richiesta rimborso che, una volta sottoscritto, dovrà essere trasmesso insieme ai documenti.

Per i dettagli sulla documentazione medica e di spesa da presentare si rimanda alla Sezione 3 punto c) delle condizioni di polizza.

Il rimborso viene effettuato tramite bonifico bancario sulle coordinate (IBAN) inserite nel portale di Blue Assistance.



Modalità Cartacea con posta tradizionale

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sulla propria Area Riservata compilandolo in ogni sua parte ed allegando fotocopia della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Blue Assistance S.p.A. – c.a. Ufficio Liquidazione Danni
Via Santa Maria, 11 - 10122 – Torino (TO)

N.B. Al fine di poter richiedere un rimborso, l'Assicurato titolare del solo Piano Base, al primo accesso al portale di Blue Assistance viene rimandato ad una pagina denominata "Raccolta Privacy", nella quale in fase di download, deve dichiarare preventivamente di aver preso atto dell'Informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che lo riguardano, in maniera funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare.

La suddetta documentazione una volta stampata e sottoscritta deve essere caricata a mezzo portale.

Solamente una volta portato a compimento il processo di caricamento, si potranno utilizzare le funzioni dispositive.

ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ADESIONE ONLINE ALLA COPERTURA SANITARIA

Reale Mutua Assicurazioni sempre pronta e attenta ad adottare modelli di comportamento innovativi al passo con le esigenze dei suoi Assistiti ed a privilegiare la qualità dei processi informatici con l'utilizzo di strumenti di miglioramento, è lieta di presentarVi le novità del nuovo Modulo di Adesione online per la polizza sanitaria della Cassa Nazionale del Notariato.

Da oggi in poi tutti gli Assistiti navigando sul sito della Cassa Nazionale del Notariato nella pagina dedicata alla copertura sanitaria, avranno la possibilità di ottenere preziose informazioni, funzionalità e servizi con una migliore e facile fruizione, nonché consultare la rete sanitaria convenzionata.

La modalità di adesione al Piano Integrativo, per sé e per il proprio nucleo familiare, della polizza sanitaria, si può riassumere nei seguenti passaggi:

1 ▪ **Accesso al sito www.cassanotariato.it**, recandosi nella sezione "ASSISTENZA"

2 ▪ **Sezione copertura sanitaria:** selezionare la sezione riguardante la copertura sanitaria integrativa e cliccare il link "Modulo di Adesione"

3 ▪ **Compilazione del Modulo online:** compilare il modulo informatizzato preposto in ogni campo obbligatorio (contrassegnato dal simbolo *);

4 ▪ **Salvare la richiesta:** una volta completata la compilazione, salvare la richiesta attraverso l'apposito pulsante presente all'interno del modulo informatizzato; automaticamente il sistema in caso di compilazione corretta, genererà un primo messaggio istantaneo di esito positivo alla richiesta;

5 ▪ **Ricezione documenti a mezzo mail:** l'iscritto riceverà una mail contenente tutta la documentazione precompilata digitalmente in pdf, ai sensi della vigente normativa Ivass;

6 ▪ **Stampa, Firma e Invio della Documentazione:** stampare e firmare negli appositi spazi indicati la documentazione ricevuta ed inviarla all'indirizzo e-mail affarispeciali@realemutua.it

7 ▪ **Conferma della copertura:** l'iscritto riceverà, una volta esaminata la richiesta e nei tempi tecnici utili, una mail definitiva di avvenuta conferma di copertura.

Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679

1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere obblighi di legge.

2. Base giuridica del trattamento - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituiti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società www.realemutua.it. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute di cui all'art. 9 del Regolamento, potranno, infine, essere comunicati al contraente della polizza assicurativa, di cui l'interessato è beneficiario, per darvi esecuzione. I dati personali acquisiti non saranno, in ogni caso, soggetti a diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento) - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: buongiorno reale@realemutua.it. Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei Suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo@realemutua.it.

7. Titolare del trattamento - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

LUOGO E DATA

NOME E COGNOME

FIRMA DELL'INTERESSATO

CONVENZIONE

tra

Reale Mutua di Assicurazioni

e

Cassa Nazionale del Notariato

per

la stipula in forma collettiva di una copertura

Rimborso Spese Mediche

Piano Sanitario Base

a favore dei notai in esercizio e dei titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato con possibilità di estensione al nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati.

Tra la

spett. REALE MUTUA di ASSICURAZIONI

Via Corte d'Appello, 11

10122 Torino (TO)

P. IVA 00875360018

e

La Spett. Cassa Nazionale del Notariato - Previass II

P.IVA: 80052310580

Si stipula la presente

Convenzione Rimborso Spese Mediche

Decorrenza:

dalle ore 00:00 del 01/11/2019

Scadenza:

alle ore 24:00 del 31/10/2022

**Servizio Clienti
Buongiorno Reale**

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

Assistenza per la salute

800 183 433

dall'Italia

011 7417419

dall'Estero

24 ore su 24 7 giorni su 7



REALE GROUP

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

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



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