

**Polizza Sanitaria PIANO BASE
Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi
contratta da INARCASSA
a favore degli Iscritti e Pensionati**

Condizioni di Assicurazione

Tra la spett. **REALE MUTUA di ASSICURAZIONI**
Via Corte d'Appello, 11
10122 Torino (TO)
P. IVA 00875360018

E
La Spett. **Inarcassa**
Via Salaria, 229
00198 Roma
P.IVA: **80122170584**

PIANO SANITARIO BASE Iscritti Inarcassa copertura Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Si stipula la presente

Polizza Rimborso Spese Mediche 2021/05/2990129

Decorrenza: dalle ore 00:00 del 01/01/2022

Scadenza: alle ore 24:00 del 31/12/2025

PIANO SANITARIO "BASE"
Iscritti e pensionati Inarcassa**INDICE**

Definizioni	Pag. 4
Soggetti assicurati	Pag. 8
Oggetto dell'assicurazione e garanzia base	Pag. 9
Denuncia e liquidazione sinistri	Pag. 18
Condizioni generali di assicurazione	Pag. 21
Allegato A – Elenco Grandi Interventi Chirurgici	Pag. 25
Allegato B – Gravi Eventi Morbosi	Pag. 28
Allegato C – Modulistica	Pag. 29

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Accertamento Diagnostico

Prestazione medico strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.

Anno Assicurativo

Si intende l'anno solare (dalle ore 00:00 del 1° gennaio fino alle ore 24:00 del 31 dicembre) in cui opera la copertura prevista dalla Polizza e in relazione al quale sono applicati, salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto, i massimali di Polizza.

Assicurati

Ciascuno dei soggetti il cui interesse è protetto dall'Assicurazione come meglio precisato e nei limiti di cui all'art. 1 della Polizza.

Assicuratore o Società

La Società Reale Mutua di Assicurazioni, che stipula la Polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

Assicurazione o Contratto o Polizza

Il presente contratto di assicurazione collettiva sottoscritto da Inarcassa per conto altrui con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a tenere indenne l'Assicurato, secondo i termini ed entro i limiti qui stabiliti, dei danni ad esso prodotti dal verificarsi di un Sinistro mediante l'erogazione della prestazione assicurativa.

Assistenza diretta

La modalità di erogazione delle prestazioni assicurative per la quale le spese coperte dall'Assicurazione sono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie Convenzionate o Personale Sanitario Convenzionato, appartenenti al Network come del caso; in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza senza anticipare la relativa spesa e delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece di tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture o dal personale, appartenenti al Network nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante ai sensi della Polizza. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dal Network e solo previa autorizzazione dalla Centrale Operativa su richiesta dell'Assicurato, fatti salvi i casi di Urgenza.

Assistenza indiretta

La modalità di erogazione della prestazione assicurativa per la quale le spese coperte dall'Assicurazione relative alle prestazioni sanitarie ricevute vengono rimborsate dalla Società all'Assicurato in tal caso, quindi, l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza anticipando la relativa spesa e, quindi, pagando direttamente tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture Sanitarie o dal Personale Sanitario, come del caso, e la Società rimborsa all'Assicurato tale spesa nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante. Tale modalità di erogazione trova applicazione presso le Strutture Sanitarie e il Personale Sanitario non appartenenti al Network e, nei casi in cui l'Assicurato non abbia tempestivamente richiesto, per la prestazione sanitaria, l'attivazione dell'Assistenza Diretta, anche presso le Strutture Sanitarie Convenzionate e il Personale Sanitario Convenzionato, con espressa esclusione, in tale ultima ipotesi, dei casi di Urgenza.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale in possesso di specifico diploma o titolo equipollente.

Carenza/Termini di aspettativa

Il periodo di tempo che intercorre tra la data di efficacia dell'Assicurazione e la decorrenza delle garanzie coperte dall'Assicurazione.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, integrato o non integrato dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.), redatto durante la degenza con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente Assicurato per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologia remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa

La struttura che, per conto dell'Assicuratore, provvede alla gestione del Network e al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere al Network.

Commissione Tecnica

La Commissione Tecnica composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall'Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l'Assicuratore, avente le funzioni previste dall'art. 22 di cui al presente Contratto.

Contraente

Inarcassa che stipula la polizza per conto altrui ed a beneficio degli Assicurati.

Convenzione

Il contratto sottoscritto tra Inarcassa e la Società Reale Mutua Di Assicurazioni che, insieme alla presente Polizza e agli altri atti della gara CIG: 87964525D3, regola i rapporti tra le parti, ivi inclusa l'Assicurazione e le modalità di adesione alla Polizza in tutti i suoi aspetti.

Data Evento

Salvo quanto diversamente previsto di volta in volta nel Contratto: (i) per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; (ii) per le altre prestazioni sanitarie previste dalla copertura, si intende la data in cui la prestazione sanitaria è stata effettivamente effettuata.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.

Dip

Documento Informativo Precontrattuale contenente informazioni per il prodotto assicurativo danni per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche.

Dip Aggiuntivo

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo contenente informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Dip per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche ancor più nel dettaglio.

Documento di Polizza

Documento che prova l'Assicurazione.

Evento

Il Ricovero, Day Hospital, e altra prestazione sanitaria, la condizione di salute, Malattia o Infortunio e l'esigenza diagnostica, di prevenzione (incluse le prestazioni di check-up o di assistenza), nonché ogni altro evento coperto dalla Polizza come indicato all'art. 2 del Contratto.

Follow up oncologico

Il follow-up è l'insieme delle prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia.

Garanzie Base

Le coperture assicurative oggetto della presente Polizza come indicate all'art. 2 del Contratto.

Garanzia Base Facoltativa

La copertura assicurativa opzionale collegata alla presente Polizza che consiste nell'estensione delle Garanzie Base al Nucleo Familiare nei limiti di volta in volta previsti dal Contratto e che l'Assicurato può richiedere mediante relativa adesione e previo pagamento del relativo Premio.

Grandi Interventi chirurgici (G.I.C.)

Gli interventi elencati nell'apposito allegato al Contratto (ALLEGATO A).

Gravi Eventi Morbosi (G.E.M.)

Gli eventi elencati nell'apposito allegato al Contratto (ALLEGATO B).

Immobilizzazione

Qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee, conseguente all'infortunio che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso, prescritti dallo specialista ortopedico, e/o che preveda un divieto di carico.

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società, ai sensi dell'art. 2.2, lett. D) del Contratto, in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

Indennità giornaliera da infortunio

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di infortunio che comporti ricovero, ingessatura o immobilizzazione dell'assicurato, ai sensi dell'art. 2.2, lett. M) del Contratto.

Indennizzo

L'importo monetario dovuto dalla Società in caso di Sinistro, il cui pagamento, in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto, o in forma di indennità, come previsto dal Contratto, rappresenta la prestazione assicurativa del Contratto.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero (pubblici o equiparati, privati accreditati, privati non accreditati), regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna in qualsiasi stadio (anche in situ e recidive); sono incluse le malattie neoplastiche del sangue e del sistema linfatico (leucemie, linfomi H. e linfomi NH, etc).

Malformazione congenita

Anomalia anatomica o strutturale di un determinato organo o apparato, di natura congenita, singola o multipla, macroscopica o microscopica, localizzata sulla superficie o all'interno del corpo.

Massimale

Somma massima complessivamente indennizzabile ai sensi di Contratto per ciascun Assicurato ovvero per ciascun Nucleo Familiare, compreso l'Assicurato, ove la Polizza sia estesa anche al Nucleo Familiare secondo l'opzione prescelta, per uno o più Sinistri nel corso dello stesso Anno Assicurativo.

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dalla Agenzia Italiana del Farmaco o dalle Agenzie internazionali alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Network

Rete di Strutture Sanitarie e Personale Sanitario convenzionati con la Società, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta o misto. L'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie e del Personale Sanitario convenzionati con la Società e quindi appartenenti al Network è consultabile presso il sito www.blueassistance.it o l'APP di Blue Assistance, attraverso l'accesso alla propria area riservata.

Nucleo familiare

I componenti della famiglia composta dall'Assicurato, dal coniuge, o parte di unione civile o convivente more uxorio, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge, o convivente more uxorio o parte di unione civile, anche non conviventi.

Personale Sanitario

I professionisti sanitari, ivi inclusi medici specialisti e odontoiatri, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Personale Sanitario Convenzionato

Il Personale Sanitario appartenente al Network, al quale l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Piastra chirurgica

Struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti, di norma, le funzioni per il pre-intervento (preanestesia), assistenza anestesiológica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione.

Relativamente alla facoltà di estensione della Polizza, con onere a proprio carico, a favore del Nucleo Familiare, la somma dovuta dall'Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo per l'acquisto della Garanzia Facoltativa che prevede tale estensione. Relativamente alla facoltà del pensionato non iscritto ad Inarcassa, di cui al punto a), dell'art. 1 del Contratto, di aderire alla Polizza, con onere a proprio carico, la somma da questi dovuta, quale Assicurato, alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione.

Retta di degenza

Corrispettivo per il trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica in caso di Ricovero.

Ricovero

Degenza, attestata da idonea documentazione, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).

Rischio

Probabilità che si verifichi un Sinistro.

Set Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto almeno da: DIP (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

Scoperto

L'importo in valore percentuale (comunque ricompreso tra un importo minimo in misura fissa, cd. Scoperto minimo, e un importo massimo in misura fissa, cd. "Scoperto massimo"), stabilito dal presente Contratto, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro indennizzabile.

Sinistro

Il verificarsi dell'Evento per il quale è prestata l'Assicurazione ed è dovuta la prestazione assicurativa nei termini e condizioni del Contratto.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale e strutture accreditate con lo stesso

Strutture Sanitarie

Istituti di cura, anche a carattere scientifico (IRCCS), centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Strutture Sanitarie Convenzionate

Le Strutture Sanitarie appartenenti al Network, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Trasporto Sanitario

Trasporto di persone con impiego di ambulanza, con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'Istituto di cura e dall'Istituto di cura, compreso il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o per il rientro alla propria abitazione.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale sanitario fornito di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di Polizza. Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, Centro Medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

Urgenza

Casi di urgenza medico sanitaria debitamente certificati dal medico e/o nei quali vi sia stata impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa rispettando il preavviso previsto dal Contratto.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

SOGGETTI ASSICURATI

Art. 1 – Soggetti assicurati

Sono Assicurati ai fini della presente Polizza, e pertanto le relative Garanzie Base sono prestate a loro favore, tutti gli iscritti ad Inarcassa, ingegneri ed architetti liberi professionisti secondo le regole di inclusione ed esclusione di cui all'art. 10 che segue.

Sono **esclusi** dalle coperture delle Garanzie Base:

- a) i pensionati beneficiari di pensione diretta o indiretta (reversibilità o ai superstiti) o di trattamenti in totalizzazione o cumulo, salvo che non aderiscano facoltativamente alla Polizza come indicato al successivo articolo 1.1.;
- b) i professionisti che, alla data del 15 ottobre dell'anno che precede la decorrenza della copertura assicurativa della Polizza, non risultano in regola con gli obblighi di dichiarazione e di pagamento dei contributi previdenziali verso Inarcassa richiesti ai fini del rilascio del certificato di regolarità contributiva. Ai fini della copertura assicurativa è considerato irregolare il professionista che abbia pendente un ricorso amministrativo o giurisdizionale relativi agli obblighi di cui sopra. L'esclusione dalla copertura assicurativa della Polizza ha effetto per l'Anno Assicurativo successivo a quello in cui è svolta la verifica ed accertata l'irregolarità. L'associato a Inarcassa che regolarizza la posizione contributiva entro il 15 aprile dell'Anno Assicurativo ha diritto alla copertura assicurativa della Polizza a partire dal secondo semestre del medesimo Anno Assicurativo.
- c) i beneficiari di rendita ex art.6 L.1046/71 e dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25, paragrafo 11° e 12° della legge 6/81.

1.1 Adesione facoltativa pensionati non iscritti

I pensionati non iscritti di cui al precedente punto a), possono aderire in ciascun Anno Assicurativo alla presente Polizza, facoltativamente e a proprie spese con pagamento del relativo Premio a proprio carico. In caso di adesione, i pensionati non iscritti divengono Assicurati ai fini della Polizza e trovano applicazione tutte le previsioni di cui al Contratto (ivi inclusa la facoltà di estensione al proprio Nucleo Familiare). Le modalità di adesione sono stabilite all'art. 10 che segue.

1.2 Estensione al Nucleo Familiare (Garanzia Base Facoltativa)

Ciascun Assicurato che goda delle Garanzie Base, come sopra identificato, potrà in ciascun Anno Assicurativo estendere a proprie spese, con pagamento del relativo Premio a proprio carico, le Garanzie Base a favore del proprio Nucleo Familiare, fermi i limiti di copertura applicabili al Nucleo Familiare di volta in volta specificati nel presente Contratto. Con riferimento all'adesione alla Garanzia Base Facoltativa, trovano applicazione i termini e le condizioni di cui all'art. 10 che segue.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E GARANZIE BASE

Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione e massimali assicurati

L'Assicurazione opera, nei termini e condizioni di cui al presente Contratto, in caso di:

- Ricovero per Grandi Interventi, come indicati all'Allegato A (coperti da Garanzie Base principali A e Garanzie Base accessorie da D a H);
- Ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare per Gravi Eventi Morbosi, come indicati all'Allegato B (coperti da Garanzie Base principali B e Garanzie Base accessorie da D a H);
- Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di Ricovero, Day Hospital, ambulatoriale o domiciliare) e follow-up oncologico (coperti da Garanzie Base principali C e Garanzie Base accessorie da D a H);
- Ricovero con Indennità Sostitutiva (coperti da Garanzia Base Indennità Sostitutiva D);
- Check-up annuali e Check-up specifici (coperti da Garanzie Base per Prevenzione I);
- Prevenzione Odontoiatrica (coperta da Garanzia Base per Prevenzione I);
- Dread Disease (coperta da Garanzia Base L);
- Infortuni che comportino Ricovero, Ingessatura o Immobilizzazione (coperti da Garanzia Base Indennità Giornaliera da Infortunio M);
- Interventi e cure per la correzione di Malformazioni e Difetti Fisici Congeniti e diagnosi di Trisomia 21 (sindrome di Down) di neonati del Nucleo Familiare (coperti da Garanzia Base Minori N e O);
- Pacchetto Maternità (coperto da Garanzia Base P).

La copertura opera a condizione che i suddetti Eventi assicurati si verifichino in vigenza di Polizza e a tal fine va considerata la Data Evento. In particolare, sono coperti gli eventi che si verificano dopo la data di decorrenza della Polizza o, se successiva, comunque dopo la data di inserimento in copertura dell'Assicurato, fatto salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto.

La copertura assicurativa della Polizza è prestata fino a concorrenza della somma massima di Indennizzo di **euro 500.000** per ciascun Nucleo Assicurato e per ogni Anno Assicurativo, a prescindere dal numero di Sinistri occorsi nel medesimo Anno Assicurativo (Massimale di Polizza).

In caso di estensione della copertura assicurativa della Polizza a favore dei componenti del Nucleo familiare dell'Assicurato (Garanzia Base Facoltativa), il predetto Massimale di Polizza resta unico ed è dunque pari a **euro 500.000** per l'intero Nucleo Familiare per Anno Assicurativo, compreso l'Assicurato. Inoltre, nel caso in cui l'Assicurato aderisca a tale Garanzia Base Facoltativa, l'eventuale presenza di sottolimiti di Indennizzo va anch'essa intesa per l'intero Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo.

2.1 GARANZIE PRINCIPALI

A) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (previsti nell'ALLEGATO A)

Nell'ambito dei Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici, sono garantite le seguenti spese, rispetto alle quali l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante erogazione di Indennizzo in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto ai sensi dell'art. 7 che segue:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) spese sostenute per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni bioptiche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di Cura nei **120** giorni **precedenti** il ricovero e ad esso correlati ivi incluse le spese per cure, accertamenti ed interventi preparatori al Grande Intervento principale assicurato ai sensi della Polizza o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi (a titolo esemplificativo e non esaustivo: indagini diagnostiche strumentali TC/RMN *pre-staging* di malattia, esami di ristadiatione pre-intervento, esami endoscopici come EGDS, coloncopia, colangio-pancreatografia endoscopica retrograda, indagini molecolari e valutazioni genetiche tumori mammari);
- f) spese sostenute nei **120** giorni **successivi** alla data di dimissione del ricovero, effettuate anche al di fuori dell'istituto di Cura, per prestazioni sanitarie, visite specialistiche, esami, ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche, fisioterapiche e/o riabilitative, infermieristiche ambulatoriali e domiciliari, farmacologiche, agopuntura, medicinali, terapie radianti e chemioterapiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), purché correlati al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi resi necessari dall'intervento principale e comunque ad esso connessi, compresi i ricoveri successivi dovuti a complicanze della patologia originaria connesse all'evento principale, anche in assenza di ulteriore intervento chirurgico.

Sono comprese, anche oltre il limite temporale dei 120 giorni, le spese per ricoveri:

- i) correlati all'evento principale, complementari o di revisione necessari per completare l'iter terapeutico (a titolo esemplificativo e non esaustivo: ricanalizzazione anastomotica post stomia, rimozione stent uretrali, rimozione mezzi di sintesi);
- ii) per una nuova esigenza di cura derivante dal primo evento già tutelato;
- iii) per le recidive.

Ai fini di cui alla presente lettera sono comunque escluse le spese per ricoveri effettuati esclusivamente per terapie fisioterapiche e/o riabilitative.

g) spese per trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi. Sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, in aggiunta al ricovero principale, anche i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni, purché inerenti all'intervento effettuato;

h) spese per cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di **euro 15.000** per evento;

i) per i seguenti interventi chirurgici, se indennizzabili a termine di polizza e anche nei casi in cui gli interventi sono resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni:

- interventi per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso, caviglia) includendo il costo della protesi;
- interventi sulla prostata;
- isterectomia;
- interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea;

effettuati in istituti di cura non convenzionati e/o con personale medico non convenzionato con la Società, in regime di ricovero o day-hospital, è previsto il rimborso delle spese fino ad un massimo di **euro 20.000** per intervento, ad eccezione degli interventi chirurgici effettuati su cuore e arterie coronariche in strutture attrezzate con Piastra chirurgica, per le quali il rimborso è previsto nel limite del massimale di polizza.

B) Gravi Eventi Morbosi (previsti nell'ALLEGATO B) che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico o di trattamento medico domiciliare o ambulatoriale

Nell'ambito dei Ricoveri (senza intervento chirurgico) per Gravi Eventi Morbosi e dei trattamenti medico domiciliari o ambulatoriali per Gravi Eventi Morbosi, sono garantite le seguenti spese, rispetto alle quali l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante erogazione di Indennizzo in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto ai sensi dell'art. 5 che segue.

In caso di ricovero:

- a) rette di degenza;
 - b) spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
 - c) spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 60 giorni precedenti il ricovero purché correlate all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
 - d) spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche fisioterapiche e/o riabilitative, farmacologiche, agopuntura, medicinali, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per complicanze della patologia originaria connesse all'evento principale.
- Sono comprese, anche oltre il limite temporale dei 120 giorni, le spese per ricoveri:
- i) correlati all'evento principale, complementari o di revisione necessari per completare l'iter terapeutico;
 - ii) per una nuova esigenza di cura derivante dal primo evento già tutelato;
 - iii) per le recidive.

Ai fini di cui alla presente lettera sono comunque escluse le spese per ricoveri effettuati per terapie fisioterapiche e/o riabilitative.

Tali spese post ricovero vengono rimborsate entro il limite massimo di **euro 16.000** per evento, intendendo per evento il ricovero principale.

In caso di trattamento domiciliare o ambulatoriale sono riconosciute:

- e) entro un limite massimo di **euro 16.000** per anno, le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, fisioterapiche e/o riabilitative, farmacologiche, medicinali, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei **120** giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso. Sono comunque sempre garantite, indipendentemente dal momento della prima diagnosi, le prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico.
- f) entro un limite massimo di **euro 15.000** per evento, con o senza ricovero, le spese per Cure palliative e terapia del dolore, compresa l'agopuntura.

C) Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare) - follow up oncologico - sospetto diagnostico

Nel caso di malattia oncologica e/o di recidiva, non altrimenti indennizzabile in base ai paragrafi A) e B), la Società si fa carico delle spese sostenute in regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare per prestazioni di chemioterapia, qualunque sia la tipologia di somministrazione, anche farmacologica, trattamenti antitumorali riconosciuti dai protocolli internazionali oncologici, cobaltoterapia, agopuntura, terapie radianti e laser comunque effettuate. Inoltre, entro il limite di **euro 2.500** per anno, la Società tiene indenne l'assicurato:

1. delle spese per esami e controlli da follow up oncologici: l'Assicuratore rimborsa o prende in carico, su prescrizione di medico specializzato in oncologia, le prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia;
2. delle spese sostenute per accertamento diagnostico e/o intervento chirurgico ambulatoriale conseguenti a sospetto diagnostico tumorale certificato da un Medico specialista in oncologia, con rimborso totale dell'importo sostenuto, sia nel caso di esame istologico positivo che negativo.

Le spese di cui al punto 1. e 2. sono coperte purché effettuate presso Strutture del Network e del SSN senza applicazione di scoperti. Limitatamente all'intervento chirurgico ambulatoriale di cui al punto 2 si applica uno scoperto di **euro 100**.

2.2 GARANZIE ACCESSORIE

D – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN, non faccia richiesta di indennizzo, né per il ricovero, né per altra prestazione sanitaria ad essa connessa, o in totale assenza di spese, è prevista la corresponsione di una diaria giornaliera di **euro 100** per ogni giorno di ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un massimo di 100 giorni per ricovero ed Anno Assicurativo, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero nei termini previsti dal Contratto.

Ai fini della corresponsione della indennità sostitutiva, la degenza in regime di Day-Hospital o forma di ricovero ad essa equivalente, in Istituto di Cura, a totale carico del SSN, è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN.

L'indennità è riconosciuta anche per i giorni di seduta chemioterapica o radioterapica effettuata in via ambulatoriale.

La presente garanzia non opera a favore dei pensionati non iscritti e del loro Nucleo familiare che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base facoltativa.

E – Assistenza infermieristica

La Società indennizza le spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo massimo di **euro 2.600** per Anno Assicurativo.

F – Trasporto Sanitario

La Società indennizza le spese di trasporto dell'Assicurato con impiego di ambulanza, con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'Istituto di cura e dall'Istituto di cura e quelle di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o di rientro alla propria abitazione fino ad un importo massimo di **euro 3.500 (vs euro 2.600)** per Anno Assicurativo, per ricoveri ovunque nel mondo.

G – Apparecchi protesici

La Società indennizza le spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche o dispositivi tecnici fino a concorrenza di un importo massimo di **euro 5.200** per anno assicurativo, purché attinenti a sinistro risarcibile a termini di polizza;

H – Rientro salma

La società indennizza le spese di rientro della salma al luogo di residenza ovvero al diverso luogo indicato dagli aventi causa, fino a concorrenza di un importo massimo di **euro 7.500 (vs euro 5.200)** per evento, in caso di decesso conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza.

I – Prevenzione

1) CHECK-UP ANNUALE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, in strutture del Network, scelte dall'Assicurato fra quelle adeguatamente attrezzate, senza necessità di prescrizione medica, in regime di assistenza diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa. La garanzia non è estensibile al Nucleo familiare.

La Società mette a disposizione, per la prevenzione annuale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia o Ente territoriale equiparato.

Le prestazioni previste possono essere effettuate in più giorni ed in strutture diverse.



1. Alanina_aminotransferasi (ALT e AST)
2. Antigene Prostatico Specifico (PSA) + visita urologica
3. Aspartato_aminotransferasi (GOT)
4. Azotemia
5. Colesterolo totale o colesterolemia
6. Colesterolo HDL
7. Colonscopia anche con asportazione di tessuto a scopo diagnostico. Qualora nel corso dell'esame diagnostico si rendesse necessario un intervento operativo/curativo sarà rimborsato in garanzia la quota di prestazione diagnostica
8. Colonscopia virtuale
9. Creatinina
10. Ecografia addome completo
11. Ecografia mammaria
12. Ecografia prostatica
13. Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)
14. Esame emocromocitometrico e morfologico completo
15. Gamma Glutammil – Transpeptidasi (Gamma GT)
16. Gastrosopia (ogni tre anni)
17. Glucosio-glicemia
18. Mammografia
19. MOC (ogni tre anni)
20. Prelievo venoso in ambulatorio
21. Ricerca sangue occulto fecale
22. Tempo di protrombina parziale (PTT)
23. Tempo di protrombina (PT)
24. Trigliceridi
25. Urea
26. Urine; esame chimico, fisico e microscopico
27. Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
28. Visita cardiologia + ECG
29. Visita ginecologica + PAP test

2) CHECK-UP SPECIFICI

Ad integrazione del check-up annuale, sono altresì garantite – e liquidate all'Assicurato mediante pagamento di Indennizzo in regime di Assistenza Diretta ai sensi dell'art. 5 che segue – le spese per le prestazioni di prevenzione annuale specifiche di seguito elencate ai punti 2.1, 2.2 e 2.3, effettuate in Strutture del Network scelte dall'Assicurato, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa e senza necessità di prescrizione medica.

La garanzia non è estensibile al nucleo familiare.

Il massimale previsto è illimitato.

2.1 - Prevenzione Pacchetto Donna

La Società provvede al pagamento, senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sotto elencate:

Donne – tra 30 e 39 anni di età

- Ecocolordoppler venoso agli arti inferiori – una volta ogni due anni
- Test HPV (Papilloma Virus)

Donne – tra 40 e 49 anni di età

- Visita senologica – una volta ogni anno (in combinazione con ecografia mammaria o mammografia)

Donne – over 50 anni di età

- Indagini di laboratorio specifiche – una volta ogni tre anni:

- Creatinina
- Calcio
- Fosforo
- Fosfatasi alcalina
- PTH
- Vitamina D

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale – una volta ogni due anni

2.2 - Prevenzione Pacchetto Uomo

Uomo – over 21 anni

Ecografia testicolare (eseguibile sino al compimento dei 40 anni) – una volta ogni due anni

Uomo – over 50 anni

ECG da sforzo – una volta ogni due anni

2.3 - Sindrome Metabolica (donna - uomo)

Nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", la Società provvede all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

La Compagnia provvede inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- Curva glicemica
- Doppler carotideo
- Ecocardiogramma
- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);

2.4 – Prevenzione odontoiatrica

Ciascun Assicurato (iscritto e componenti del nucleo familiare) può effettuare una seduta di igiene orale per anno assicurativo presso centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance. La prestazione potrà essere fruita in forma diretta – previa prenotazione – restando a carico dell'Assicurato unicamente l'importo della franchigia di € 35 da saldare presso la struttura prescelta al momento di fruizione della prestazione.

L) Dread Disease

La Società corrisponde all'assicurato, fermo quant'altro previsto, un'indennità una tantum di **euro 2.500** in caso di accadimento in corso di Contratto di uno dei seguenti eventi:

1. Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica

degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.



2. Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.

3. Impianto di stent o by-pass

4. Angioplastica.

5. Insufficienza renale con dialisi

6. Impianto o sostituzione di protesi valvolare cardiaca

7. Trapianto di organi

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi dell'evento – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di decorrenza della Polizza o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assicurato.

La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'assicurato alla data della richiesta di indennizzo. Il diritto all'indennizzo inoltre è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta: i) una sola volta per evento e per persona assicurata per gli eventi per i punti sub 1 e 2; ii) una sola volta per anno assicurativo per gli eventi di cui ai punti da 3, 4, 6 e 7; iii) una sola volta all'insorgenza dell'evento di cui al punto sub 5.

La presente garanzia non è estensibile al Nucleo familiare e non opera a favore dei pensionati non iscritti che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base Facoltativa.

La garanzia è cumulabile con l'indennità sostitutiva di cui alla lett. D.

M) Indennità giornaliera da infortunio

In caso di Infortunio che comporti un ricovero, un'ingessatura e/o un'immobilizzazione, la Società corrisponde una indennità giornaliera (diaria), nel limite di 40 giorni per sinistro e di 100 giorni per Anno Assicurativo.

La liquidazione della diaria giornaliera viene corrisposta con i seguenti criteri e misura:

➤ **Ricovero**

euro 50,00 per ciascun giorno di effettiva permanenza nell'istituto di cura (compresi quello iniziale e quello finale);

➤ **Ingessatura**

euro 50,00 per ciascun giorno di ingessatura a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa;

➤ **Immobilizzazione**

euro 50,00 per ciascun giorno di effettiva Immobilizzazione.

L'indennità giornaliera è dovuta per il numero dei giorni prescritti dallo stesso specialista fino alla cessazione dello stato di Immobilizzazione totale o parziale.

L'indennità giornaliera da infortunio non spetta per i giorni in cui è corrisposta l'indennità sostitutiva di cui al precedente **punto D** delle GARANZIE ACCESSORIE.

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti Inarcassa fino all'età di 70 anni e non è estensibile al Nucleo familiare. La garanzia non opera a favore dei pensionati non iscritti che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base facoltativa.

Il diritto all'indennità per la presente garanzia è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Resta ferma la trasmissibilità agli eredi degli importi dell'indennità il cui diritto fosse già maturato, in capo al de cuius, alla data del suo decesso.

2.3 GARANZIA MINORI E PACCHETTO MATERNITA'

Le garanzie di cui alle successive lettere N e O sono tra loro cumulabili e sono accessibili indipendentemente dall'estensione della Polizza Base al Nucleo familiare.

N) Tutela neonati

I neonati, nati in vigenza di polizza, sono assicurati dal momento della nascita con decorrenza immediata. Sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite massimo di **euro 10.000**.

O) Trisomia 21 – Sindrome di Down

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, anche qualora la nascita non sia avvenuta in vigenza di Polizza, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **euro 1.000** per anno assicurativo e per ciascun neonato per un periodo massimo di 3 anni assicurativi, entro il limite della durata della Convenzione assicurativa tra Inarcassa e la Società. La garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21.

P) Pacchetto Maternità

La società garantisce alle assicurate le seguenti prestazioni del Pacchetto maternità effettuate in Strutture del Network scelte dall'Assicurato, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa e con un massimale annuo è di **euro 1.500**:

1. massimo otto ecografie (compresa la morfologica)
2. analisi clinico chimiche da protocollo di Gravidanza previsto dal Ministero della Salute e, comunque, tutte quelle prescritte da Medico Specialista in Ginecologia
3. un esame a scelta fra Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (con sotto limite di **euro 600**)
4. massimo otto visite di controllo ostetrico ginecologiche
5. una ecocardiografia fetale
6. una visita di controllo ginecologico post parto
7. massimo due visite urologiche
8. un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto.

Art. 3 – Scoperti e limiti di indennizzo

Fermo restando quanto disciplinato in polizza per le singole garanzie, le prestazioni sono indennizzate con le seguenti limitazioni con riferimento allo stesso evento:

Tabella A. Scoperti per Assicurati di cui all'art. 1 – Iscritti e Nucleo familiare in caso di estensione delle coperture

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in Istituto di cura convenzionato	nulla	nulla	nulla
3	R	Ricovero in Istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
4	DH	Day-Hospital in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5		Day-Hospital in Istituto di cura convenzionato	nulla	nulla	nulla
6		Day-Hospital in Istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7		Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8		Personale medico convenzionato	nulla	nulla	nulla
9		Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00

Tabella B. Scoperti per Assicurati di cui all'articolo 1.1 - Pensionati non iscritti in adesione facoltativa e Nucleo familiare in caso di estensione delle coperture

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
3	R	Ricovero in Istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
4	DH	Day-Hospital in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5		Day-Hospital in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
6		Day-Hospital in Istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7		Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8		Personale medico convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
9		Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00

In caso di **mancata prenotazione** del servizio di convenzionamento diretto per la Struttura sanitaria o per il personale sanitario tramite la Centrale Operativa, si applicano le condizioni di scoperto previste per il corrispondente servizio in regime "non convenzionato", fatta eccezione per la Urgenza. Gli scoperti si applicano una sola volta sull'insieme delle spese sostenute comprese le spese pre e post ricovero.

Non si applicano scoperti per le Garanzie Accessorie previste dall'art. 2 lettere D, E, F, G, H, I, L, M, N, O e P.

Nel caso di ricovero in Strutture del Network o presso una struttura del SSN non si applicano scoperti per tutte le spese pre e post evento sostenute ai sensi dell'art. 2, anche in mancanza di prenotazione del servizio di convenzionamento diretto tramite la Centrale Operativa.

Per le prestazioni in forma indiretta riferite a cicli di terapia rientranti in un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo, anche se somministrato in sedute multiple, si applica un solo scoperto.

Le spese per intervento chirurgico, anche ambulatoriale, in strutture del Network o presso una struttura del SSN, finalizzato ad accertare la diagnosi tumorale, sono rimborsate senza applicazione di scoperti.

DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**Art. 4 - Accesso alle strutture sanitarie**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi:

- A. alle strutture aderenti al Network;
- B. alle strutture Sanitarie Private non aderenti al network;
- C. alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;
- D. in regime misto.

Art. 5 – Richieste di Indennizzo**A. Richiesta di Indennizzo in caso di Assistenza Diretta**

Le richieste di Indennizzo, in caso di Assistenza Diretta, per il pagamento diretto da parte dell'Assicuratore alle Strutture ed al Personale del Network, delle spese per prestazioni sanitarie garantite dalla Polizza sono presentate dall'Assicurato mediante la Centrale Operativa che fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie in questione.

Salvi i casi di Urgenza, le prenotazioni presso la Centrale Operativa devono avvenire con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive dal giorno della prestazione. I servizi forniti dalla Centrale Operativa e le modalità di accesso sono indicati nella Guida Operativa, pubblicata sul sito di Inarcassa e sul sito di Blue Assistance.

In regime di assistenza diretta Blue Assistance si impegna a dare riscontro positivo o negativo all'Assicurato entro il termine massimo di 24 ore naturali e consecutive dalla richiesta.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- l'Assicurato per cui si richiede la prestazione
- la tipologia di prestazione richiesta
- la data della prestazione
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione

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

Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance.

L'assicurato, qualora non disponga di un accesso ad internet, può effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni mediante la Centrale Operativa, contattando il numero verde 800954450.

Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

B. Richieste di Indennizzo in caso di Assistenza Indiretta

Le richieste di Indennizzo, in caso di Assistenza Indiretta, per il rimborso da parte dell'Assicuratore delle spese per prestazioni sanitarie sostenute dall'Assicurato garantite dalla Polizza, sono presentate dall'Assicurato mediante invio all'Assicuratore di apposita denuncia di sinistro e richiesta di Indennizzo, corredata dalla documentazione indicata nella Tabella del successivo art. 8.

Qualora per uno stesso Evento l'Assicurato abbia ricevuto da Inarcassa un'indennità per inabilità temporanea assoluta (c.d. "ITA"), Inarcassa avrà diritto di surrogare l'Assicurato nella richiesta della Indennità Sostitutiva e della Indennità da Infortunio alla Società nei limiti dell'indennità temporanea assoluta effettivamente corrisposta.

C. Richieste di Indennizzo per le prestazioni in strutture del SSN

Nel caso di Ricovero in strutture del SSN o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del SSN, la garanzia sarà attivata in forma di Indennità Sostitutiva, ai sensi dell'art. 2.2 lettera D.

D. Richieste di Indennizzo in caso di regime “misto”

Qualora il convenzionamento con l'Assicuratore riguardi l'Istituto di Cura e non anche il personale medico, è previsto il rimborso integrale delle spese dell'Istituto di Cura mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene con le modalità ed i limiti previsti per le prestazioni in regime di Assistenza Indiretta.

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi il personale sanitario e non anche l'Istituto di Cura, è previsto il rimborso integrale delle spese relative al personale medico mentre il rimborso delle spese dell'Istituto di Cura avviene secondo i limiti del regime di Assistenza Indiretta.

Art. 6 Termine per la domanda di rimborso

Le richieste di Indennizzo devono essere trasmesse dall'Assicurato alla Società entro 180 giorni dalla Data Evento. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate prima del Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate dopo il Ricovero o Day Hospital, o in assenza di Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

Art. 7 - Criteri di liquidazione

Le prestazioni coperte in garanzia sono liquidate come segue.

A. Pagamento diretto di prestazioni erogate tramite strutture aderenti al Network

È previsto il pagamento diretto da parte della Società alla struttura sanitaria e/o al personale medico del Network per le prestazioni erogate, nei limiti dei massimali previsti, previa prenotazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società secondo quanto indicato nelle tabelle scoperti di cui all'art. 3

La mancata attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società comporta il rimborso delle relative spese secondo quanto previsto per il regime di Assistenza Indiretta (v. art. 5, lett. B). Sono fatti salvi i casi di Urgenza.

B. Rimborso di prestazioni erogate in regime di assistenza indiretta

È previsto il rimborso all'Assicurato delle spese effettuate e previste dalla polizza, nei limiti dei massimali previsti in polizza e con l'applicazione di scoperti indicati nelle specifiche Tabelle del precedente art. 3, dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

C. Rimborso di prestazioni erogate tramite il SSN

Qualora, in connessione con il Ricovero, l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente tali importi all'Assicurato nel limite del massimale assicurato.

È sempre previsto il rimborso di tutte le eventuali spese pre e post ricovero e di quelle per l'assistenza infermieristica o per il trasporto dell'Assicurato per prestazioni garantite dalla polizza che vengono integralmente rimborsate nel limite del massimale assicurato, dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

Nel caso di Ricovero in strutture del SSN e quindi con costo a completo carico del SSN, la garanzia sarà attivata in forma di Indennità Sostitutiva di cui all'art. 2.2 lettera D.

D. Rimborso di prestazioni in “regime misto”

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi l'Istituto di Cura e non anche il personale medico, è previsto il rimborso integrale delle spese dell'Istituto di Cura mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene secondo i limiti del regime di assistenza indiretta (lettera B).

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi il personale medico e non anche l'Istituto di Cura, è previsto il rimborso integrale delle spese relative al personale medico mentre il rimborso delle spese dell'Istituto di Cura avviene secondo i limiti del regime di assistenza indiretta (lettera B).

Art. 8 - Modalità di rimborso in regime di assistenza indiretta

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in regime di assistenza indiretta o presso il SSN, l'assicurato deve inviare alla Società la denuncia di sinistro (v. allegato C), corredata da idonea documentazione medica. A tal proposito si riporta, di seguito, la tabella della documentazione necessaria in relazione agli specifici eventi.

Tipo prestazione	Documentazione utile per il rimborso
1) Indennità sostitutiva di ricovero per GIC e GEM	
1.1 ricovero fino a 10 giorni di degenza	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
1.2 ricovero oltre 10 giorni di degenza	Cartella clinica
2) Indennità giornaliera da infortunio	SDO (o certificazione equivalente) o certificato Pronto soccorso o certificazione medica equivalente al Pronto soccorso.
3) Dread Disease	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
4) Spese sostenute pre e post ricovero G.I.C. e G.E.M., domiciliari e ambulatoriali:	
4.1 Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga) oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.2 Prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.3 Terapie radianti, chemioterapiche, follow-up oncologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.4 Cure palliative e terapia del dolore	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
5) Assistenza infermieristica	SDO e prescrizione medica; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso e la prescrizione medica
6) Trasporto sanitario	SDO; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso
7) Apparecchi protesici	Prescrizione medica
8) Rimpatrio di salma	Referto autoptico che certifichi la morte, oltre al verbale delle autorità in caso di decesso per infortunio

La Società procederà alla liquidazione entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa (medica e di spesa) attinente al Sinistro.

Art. 9 - Anticipo

Nei casi di ricovero assicurato con la presente polizza, per i quali l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, provvederà al pagamento di quanto richiesto a tale titolo con il massimo del 70% delle spese preventivate dall'Istituto, salvo conguaglio al termine del ricovero.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 10 - Inclusione ed esclusione degli assicurati****A) Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno**

Per gli Ingegneri ed Architetti liberi professionisti la cui iscrizione venga deliberata dalla Giunta Esecutiva di Inarcassa in data successiva alle ore 24.00 del 31/12/2021, e così successivamente entro il 31 dicembre di ciascun anno assicurativo, la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 del giorno di iscrizione. Fermo quanto appena indicato, in caso di iscrizione retroattiva la copertura assicurativa non potrà avere decorrenza anteriore al 1° gennaio dell'Anno Assicurativo in corso alla data del provvedimento di iscrizione.

B) Inclusione di nuovi pensionati in corso d'anno

Per i pensionati non iscritti il cui pensionamento venga deliberato dalla Giunta Esecutiva di Inarcassa in data successiva alle ore 24.00 del 31/12/2021, e così successivamente entro il 31 dicembre di ciascun anno assicurativo, la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 del giorno di decorrenza del pensionamento, previo pagamento del relativo premio. In caso di pensionamento retroattivo, per i medesimi pensionati non iscritti, la copertura assicurativa non potrà avere decorrenza anteriore al 1° gennaio dell'Anno Assicurativo in corso alla data del provvedimento di pensionamento, previo pagamento del relativo premio.

C) Esclusione di iscritti e pensionati in corso d'anno

Per gli iscritti la cui esclusione venga comunicata alla Società entro 5 giorni precedenti la scadenza del primo semestre di polizza la cessazione della copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 del 30 giugno dell'anno in corso. Di conseguenza in caso di esclusione nel corso del secondo semestre la copertura avrà comunque effetto fino alla scadenza dell'annualità assicurativa (ore 24:00 del 31 dicembre).

In presenza di una copertura del Nucleo familiare in corso la medesima copertura rimane vigente per l'assicurato e i componenti del Nucleo familiare fino al 31 dicembre dell'anno assicurativo in corso.

Analogamente, in caso di adesione alla Polizza Integrativa la copertura del Piano Base è estesa fino al 31 dicembre dell'anno assicurativo in corso.

D) Inclusione di familiari di iscritti e pensionati comunicati all'Assicuratore all'inizio di ciascun Anno Assicurativo

Per i familiari degli iscritti per i quali sia stata richiesta la copertura entro il 28 febbraio di ciascun Anno Assicurativo mediante l'invio della scheda di adesione e del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati, previo pagamento del premio. La copertura avrà effetto a partire dalle ore 00.00 del 01 gennaio dell'Anno Assicurativo vigente. Le garanzie saranno fruibili in Assistenza diretta dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio annuo o retroattivamente dal 01 gennaio in Assistenza indiretta.

La Società potrà chiedere copia dell'attestazione di pagamento. Il mancato rispetto delle modalità di adesione sopra descritte comporterà l'impossibilità di aderire al piano per l'Anno Assicurativo.

E) Inclusioni di familiari di neoiscritti e neopensionati in corso d'anno

Entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica attestante l'iscrizione o il pensionamento presso Inarcassa il neoiscritto o neopensionato potrà includere il proprio Nucleo familiare mediante invio della scheda di adesione, del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati e dopo aver effettuato il pagamento del premio annuo, dimostrabile tramite apposita attestazione. La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

F) Variazioni nella composizione del Nucleo familiare in corso d'anno

Variazioni della composizione del nucleo familiare possono verificarsi nel caso di matrimonio o di nascita di figli. La notifica dell'inserimento di un nuovo componente, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali nel caso in cui si tratti di maggiorenne, dovrà essere inviata entro 90 giorni dalla data di matrimonio o della nascita alla Società. La copertura decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'eventuale premio annuo relativo ad una od ambedue le polizze (Base e Integrativa).

G) Cessazione della copertura dei familiari dell'ex iscritto o ex pensionato

Nel caso di cancellazione dell'iscritto ad Inarcassa o di perdita del diritto a pensione in corso d'anno, l'eventuale copertura per i familiari assicurati cesserà alla prima scadenza annua di polizza.

Art. 11 - Limite di età

Per gli Assicurati di cui all'art. 1 non è previsto alcun limite di età.

Art. 12 - Operatività delle garanzie

Per tutti gli Assicurati, ivi compresi i Nuclei familiari eventualmente inclusi in garanzia, la copertura relativa ai "Grandi Interventi" e ai "Gravi Eventi Morbosi" comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza della polizza, diagnosticate o meno.

Per eventi occorsi in vigenza di polizza, le Garanzie sono operanti anche successivamente alla scadenza della polizza stessa ed entro i suoi limiti e massimali, anche per le spese ad essi connessi rimborsabili ai termini di Polizza ai sensi dell'art. 2.1.

Art. 13 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti (tale esclusione non è operativa per i Grandi Interventi previsti nell'allegato A lettera L) Interventi di chirurgia pediatrica);
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paraodontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (fermo quanto previsto al punto "C" dell'allegato A) Grandi Interventi;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- n) AIDS e patologie correlate all'AIDS.

Art. 14 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Gli assicurati di cui agli articoli 1, 1.1 e 1.2, residenti all'estero saranno ammessi in copertura esclusivamente nel caso in cui la Società sia autorizzata ad operare nel paese estero di residenza.

Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in euro.

Art. 15 – Polizza collettiva

La presente Polizza è prestata in forma collettiva e stipulata per conto altrui ai sensi dell'art. 1891 c.c. Gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato.

Art. 16 – Durata della Polizza e recesso

La presente Polizza ha una durata di 4 anni con cadenza della copertura assicurativa annuale (Anno Assicurativo). Anche in deroga all'art. 1901 del Codice civile, la Polizza decorre dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2022 con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre 2025 senza soluzione di continuità alcuna rispetto alle coperture precedentemente in vigore, anche ove prestate da diverso assicuratore.

Ferma l'applicazione dell'art. 109 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., Inarcassa, in qualità di Contraente, ha la facoltà di recedere dalla Polizza allo scadere di ogni Anno Assicurativo a mezzo di disdetta da inviarsi a mezzo di raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza dell'Anno Assicurativo di riferimento, senza che la Società possa vantare alcun diritto e/o indennità.

L'Assicuratore, in deroga all'art. 1898 c.c., non può recedere dal Contratto.

Art. 17 – Modifiche dell'Assicurazione

Eventuali modifiche al presente Contratto dovranno essere approvate da Inarcassa e dalla Società mediante atto scritto da esse sottoscritto, fermo restando che nessuna modifica potrà essere concordata al di fuori di quelle consentite e disciplinate dal codice dei contratti pubblici.

Art. 18 – Rinuncia alla surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surroga prevista dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili.

Art. 19 – Oneri fiscali

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

Art. 20 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente deve comunicare all'Assicuratore l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente Polizza, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1910 c.c.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare all'Assicuratore l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro.

Art. 21 – Legittimazione alla partecipazione ai giudizi

Inarcassa non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'Indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'Assicurato e all'Assicuratore.

Art. 22 – Commissione Tecnica

L'Assicuratore e Inarcassa procederanno alla costituzione di una commissione ("**Commissione Tecnica**") composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall'Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l'Assicuratore.

Fermo restando il diritto di avvalersi di ogni rimedio e azione previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari applicabili, l'Assicurato potrà richiedere, per il tramite di Inarcassa, che sia sottoposta alla Commissione Tecnica la risoluzione amministrativa di problematiche relative a controversie sull'interpretazione di clausole contrattuali della Polizza e di particolari sinistri oggetto di rifiuto, contestazione o ritardo. Le valutazioni rese dalla Commissione Tecnica devono essere recepite dalla Compagnia nella gestione dello specifico sinistro sottoposto alla Commissione

Art. 23 – Mediazione, risoluzione delle controversie e foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente Contratto, il foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto.

Per le controversie relative al Contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al precedente paragrafo (artt. 4 e 5 del D. Lgs. 28/2010 come modificato dalla Legge 9 agosto 98/2013).

Art. 24 – Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 cc i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 25 – Interpretazione delle Garanzie

Si conviene tra l'Assicuratore e il Contraente che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto previsto dalle condizioni tutte di Polizza.

Art. 26 – Legge applicabile. Rinvio alle norme di legge

Il Contratto è soggetto alla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente previsto o derogato dalla presente Polizza, trovano applicazione le norme dell'ordinamento giuridico italiano.

Assistenza per la Salute

800 954 450

dall'Italia

+39 011 742 5521

dall'estero

dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì alla domenica

*24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per le prestazioni di
assistenza*

assistenza.inarcassa@blueassistance.it

L'Assicurazione

Il Contraente

ALLEGATO A) Grandi Interventi Chirurgici

Il presente allegato forma parte integrante della polizza rimborso spese mediche stipulata da Inarcassa per i propri iscritti e pensionati e da alcuni di questi per i propri familiari.

La presenza dell'evento denunciato nell'ambito dell'elenco di cui al presente allegato è elemento indispensabile per l'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i **tumori benigni**, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari, del cuore, i fibroma dell'utero e della prostata. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica, tra cui a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, necessari in conseguenza dell'asportazione di tumori ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione. In caso di tumore alla mammella il costo della protesi ricomprende entrambe le mammelle anche se l'asportazione del tumore riguarda solo una di esse.

B. Interventi per trapianti: tutti, inclusi autotrapianto e trapianti autologhi. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extraricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

C. Interventi ortopedici per:

- impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, caviglia, ivi incluso il costo della protesi;
- amputazione degli arti superiori o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica;
- disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
- disarticolazione dell'anca;
- amputazione addomino-pelvica;
- reimpianto di arti staccati;
- impianto, sostituzione, rimozione dei mezzi di sintesi.

D. Interventi di neurochirurgia per:

- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomica;
- intervento per epilessia focale e callosotomia;
- intervento per encefalomeningocele;
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
- endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- neurotomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meielemenocele, ecc.);
- vagotomia per via toracica;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- plastica per paralisi del nervo facciale;

- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari;
- trapianto di nervo;
- artrodesi vertebrale;
- ernia discale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni) anche se eseguiti in emodinamica, da specialista in cardiologia;
- impianto di pacemaker e successivi riposizionamenti;
- cardioplastica.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- by-pass aortocoronarico;

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- gravi e vaste mutilazioni del viso;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- anchilosi temporo-mandibolare;
- rinoplastica in difetto nasale traumatico.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- diverticolosi esofagea;
- occlusioni intestinali con o senza resezione;
- gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- echinococcosi epatica e/o polmonare;
- cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
- pancreatite acuta;
- broncoscopia operativa;
- resezione epatica;
- epatico e coledocotomia;
- papillotomia per via transduodenale;
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);
- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
- intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto ano;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- resezione totale o parziale del colon;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- intervento di asportazione della milza;

- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica);
- resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia uro-genitale per:

- fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- ileocisto plastica; colecisto plastica;
- intervento per estrofia della vescica;
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
- metroplastica;
- nefroureterectomia radicale;
- surrenalectomia;
- interventi di cistectomia totale;
- interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- isterectomia e/o annessiectomia per patologia non maligna;
- cistoprostatovesicolectomia e/o resezione endoscopica della prostata;
- interventi per ipertrofia prostatica.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- odontocheratoprosesi;
- chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
- timpanoplastica;
- chirurgia endauricolare della vertigine;
- chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio con esclusione di interventi con finalità estetica;
- reimpianto orecchio amputato;
- ricostruzione dell'orecchio medio;
- incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- pneumectomia totale o parziale;
- lobectomia polmonare;
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- interventi per fistole bronchiali;
- interventi per echinococchi polmonare.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- idrocefalo ipersecretivo;
- polmone cistico e policistico;
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale;
- megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
- pseudocisti e fistole pancreatiche;

M. Intervento di nefrotomia retrogasseriana;**N. Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate;****O. Tutti i Ricoveri in terapia intensiva con la sola esclusione di quelli conseguenti a Covid 19;****P. Grandi interventi "similari" per tipologia, evento, diagnosi, cura a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera O) e/o eseguiti con tecnica chirurgica con finalità equivalente.**

ALLEGATO B) Gravi Eventi Morbosi

Il presente allegato forma parte integrante della polizza rimborso spese mediche stipulata da Inacassa per i propri iscritti e pensionati e da alcuni di questi per i propri familiari.

La presenza dell'evento denunciato nell'ambito dell'elenco di cui al presente allegato è elemento indispensabile per l'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza.

a) Alzheimer

b) Infarto miocardico acuto

c) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torbide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrainfezioni

d) Distacco della retina

e) Encefalite

f) Gravi traumatismi – con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni di superiori a 40 giorni. Per immobilizzazione si intende qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee conseguenti ad un infortunio e che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali e/o in caso di divieto di carico.

g) Insufficienza cardio-respiratoria che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia

h) Morbo di Chron

i) Morbo di Parkinson caratterizzato da: riduzione attività motoria; mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta;

j) Neoplasia maligna che necessita di accertamenti o cure

k) Neuroradicoliti

l) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

m) Sclerosi a placche

n) Sindrome di Guillain Barrè

o) Stato di coma

p) Tetraplegia

q) Tutti i Ricoveri in terapia intensiva con la sola esclusione di quelli conseguenti a Covid 19

r) Ustioni di secondo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo

s) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

t) Gravi eventi morbosi "similari" per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera s).

Le garanzie di cui alle precedenti lettere a), i) e p) non operano a favore del Nucleo Familiare al quale siano state eventualmente estese le coperture della polizza base.

ALLEGATO C) Modulistica

Il modulo di denuncia Sinistro è disponibile sul sito di Inarcassa www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html e sul sito www.blueassistance.it o App.