

**Condizioni Contrattuali**  
**POLIZZA BASE n. 2106/30/1011**  
**“Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi”**  
**a favore degli Iscritti e Pensionati**

**Definizioni**

Ai fini del presente Capitolato d'Oneri ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

**Assicuratore o Società** la Compagnia di assicurazione che stipula la polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

**Assicurati** gli Ingegneri e gli Architetti Liberi Professionisti iscritti ad Inarcassa e coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa (con esclusione delle rendite ex art. 6 L. 1046/71 e dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81) nonché i familiari per cui sia stata esercitata la relativa estensione della copertura.

**Assistenza diretta** prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.

**Commissione tecnica** la Commissione tecnica è composta di tre membri designati uno da Inarcassa ed uno dalla Società, uno di comune accordo dalle predette.

**Contraente** Inarcassa che stipula la polizza per conto altrui.

**Day Hospital** le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

**Equipe medica convenzionata** professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

**Grandi Interventi** gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza (Elenco A).

**Gravi Eventi Morbosi** gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (Elenco B).

**Indennizzo** somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**Istituto di cura** ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, 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.

**Istituti di cura convenzionati** le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

**Malattia** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Massimale** somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

**Nucleo familiare** l'intero nucleo familiare composto da coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico anche non conviventi.

**Polizza** documento che prova l'assicurazione.

**Premio** somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

**Ricovero** degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

**Rischio** probabilità che si verifichi un sinistro.

**Scheda** documento che identifica la Società con cui si stipula l'assicurazione e che contiene i dati più importanti del contratto e forma parte integrante della polizza.

**Sinistro** verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Sinistri riservati** sinistri di competenza dell'esercizio ma non ancora pagati e quindi messi a riserva per l'importo presumibile del risarcimento.

## **Condizioni Generali di Assicurazione**

### **Art. 1 - Soggetti, rischi e somme assicurate**

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate a favore:

- degli iscritti ad Inarcassa (ingegneri ed architetti liberi professionisti);
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa, anche se residenti all'estero, esclusi i beneficiari di rendita ex art.6 L.1046/71 e dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81.

L'assicurazione è prestata per il ricovero in Istituti di Cura, pubblici o privati, determinato dalla necessità di un Grande Intervento; un Grave Evento Morboso o per Terapie radianti e Chemioterapiche comunque effettuate.

Ciascun Assicurato, che goda della copertura assicurativa di cui sopra, potrà, a proprie spese, estenderla a favore del proprio nucleo familiare.

**Somma assicurata** Euro 300.000,00 per ciascun Assicurato per anno e, nel caso di estensione della copertura assicurativa a favore dei familiari dell'iscritto, per ciascun nucleo familiare per anno, compreso l'assicurato.

## **Rischi Assicurati:**

### **A) Ricoveri per Grandi Interventi (elenco A)**

Sono garantite le seguenti spese:

- 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 ed accertamenti diagnostici effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, 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 preparatori

all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi. Sono compresi gli interventi tesi alla ricostruzione della mammella solo a seguito di

asportazione di tumori. In caso di trapianto 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, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

- f) spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro **2.600,00** massimo per anno;
- g) spese di trasporto dell'Assicurato allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **2.600,00** per ricoveri ovunque nel mondo;
- h) spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.200,00** per persona e nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- i) spese di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.200,00** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza.
- j) per i seguenti interventi chirurgici – se indennizzabili a termine di polizza - effettuati in istituti di cura non convenzionati con la Società, in regime di ricovero o day-hospital:
  - interventi per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso) includendo il costo della protesi;
  - interventi sulla prostata;
  - isterectomia;
  - interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea;

la Società provvede al rimborso delle spese previste fino ad un massimo di € 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.

Per "piastra chirurgica" si intende struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti le funzioni per il pre-intervento ( pre-anestesia), assistenza anestesiológica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

## **B) Gravi Eventi Morbosi (elenco B) che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico o di trattamento medico domiciliare.**

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 60 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;

d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, 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 a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di euro **16.000,00** per anno

e) le spese di cui ai punti f) h) i) del paragrafo A, che precede.

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

- f) visite specialistiche;
- g) esami ed accertamenti diagnostici;
- h) terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- i) spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 120 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di euro 16.000,00 per assicurato;
- j) le spese di cui al punto h) del paragrafo A) che precede.

### **C) Terapie radianti e Chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day-hospital, ambulatoriale o domiciliare)**

#### **CHECK UP**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, in strutture sanitarie convenzionate, scelte dall'assicurato fra quelle adeguatamente attrezzate.

La Società mette a disposizione, per la prevenzione oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia con un numero di abitanti superiore a 100000.

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

- *Prelievo venoso in ambulatorio*
- *Colesterolo totale o colesterolemia*
- *Trigliceridi*
- *Glucosio-glicemia*
- *Alaninoaminotransferasi (ALT)*
- *Aspartatoamino transferasi (GOT)*
- *Urea – azotemia*
- *Esame emocromocitometrico e morfologico completo*
- *Urine ; esame chimico, fisico e microscopico*
- *Gamma Glutammi – Transpeptidasi (Gamma GT)*
- *Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)*
- *Antigene Prostatico Specifico (PSA)*
- *Colonscopia anche virtuale*
- *Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)*
- *Creatinina*
- *Ricerca sangue occulto fecale*
- *Visita cardiologia + ECG*

- Visita ginecologica + PAP test
- Ecografia mammaria
- Mammografia

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa.

## **DREAD DESEASE**

La Società corrisponde all'assicurato, fermo quant'altro previsto, un'indennità di € 2.500,00 in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti eventi:

- 1. Infarto miocardio 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 dell'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) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo
- 3. Impianto di stent**
- 4. Angioplastica**

La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – 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 per i punti sub 1 e 2 una sola volta per grave evento e per persona assicurata.

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa.

## **Procedure polizza Inarcassa**

### **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 31/12/2011 la copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di iscrizione purché successivo al 31/12/2011, salvo le iscrizioni retroattive. Il premio che la Contraente dovrà corrispondere alla Società per il nuovo iscritto nel caso in cui la delibera di iscrizione avvenga nel corso del primo semestre sarà pari al premio annuo convenuto pro-capite; sarà pari al 50% nel caso di iscrizione avente effetto nel corso del secondo semestre assicurativo.

## B) Esclusione di iscritti in corso d'anno

Per gli iscritti la cui cessazione 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 del 30 giugno. Ai fini della regolazione del premio assicurativo si conviene che ognuna di queste cessazioni darà origine alla restituzione del 50% del premio annuo corrisposto. Per i familiari assicurati la copertura cesserà alla prima scadenza annua di polizza salvo rinnovo.

## C) Inclusione di familiari di Associati comunicati alla Compagnia

Per i familiari degli Associati per i quali sia stata richiesta la copertura entro il 29/02 di ciascun anno mediante l'invio di raccomandata, fax o e-mail della scheda di adesione e del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati, previo pagamento del premio annuo pari ad € 244,00 la copertura avrà effetto a partire dalle ore 24.00 del 31.12.2011. La Società potrà chiedere copia del bonifico di pagamento.

Il mancato rispetto delle modalità di adesione sopra descritte comporterà l'impossibilità di aderire al piano per l'anno assicurativo.

## D) Inclusioni di familiari di neoiscritti

Entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica attestante l'iscrizione ad Inarcassa, il neoiscritto potrà includere il proprio nucleo familiare mediante invio della scheda di adesione, del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati e dopo aver eseguito il bonifico attestante il pagamento del premio annuo. La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno del bonifico.

## E) 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.

## Art. 2 - Criteri di liquidazione

### Criteri di liquidazione

#### 2.1 Pagamento diretto da parte dell'Assicuratore

a) Ricovero in istituti di cura convenzionati con la Compagnia:  
è previsto il pagamento diretto da parte dell'Assicuratore previo contatto con la Centrale Operativa alle seguenti condizioni:

- l'Istituto di Cura aderisca al Network della Centrale Operativa al momento della prestazione;
- l'Assicurato abbia richiesto alla Centrale Operativa, **con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione richiesta** e per mezzo dell'apposito modulo di autorizzazione alla procedura di assistenza diretta debitamente compilato nelle sue parti, sottoscritto e inviato alla Centrale Operativa.

In ogni caso rimarranno a carico dell'Assicurato :

- le prestazioni non previste nelle condizioni di polizza
- tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura dell' Istituto di cura e/o medico
- gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento

- gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, l'Assicurato dovrà in ogni caso contattare preventivamente la Centrale Operativa.

Le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate dalla Centrale Operativa verranno liquidate secondo quanto previsto al presente punto mentre le spese relative al personale medico non convenzionato, non autorizzate e tutte le altre connesse al ricovero verranno rimborsate con i relativi limiti previsti alla voce "Rimborsi" per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate.

*Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, l'Assicurato deve contattare preventivamente la **Centrale Operativa** tramite i seguenti numeri telefonici:*

- dall'Italia numero verde gratuito 800 046 499 (digitare il numero 1 sinistri malattia) dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00;
- dall'estero numero nero 015 25 59 641, dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00;

comunicando con estrema precisione :

- gli estremi della sua identificazione- nome e cognome, numero di matricola
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico
- tipologia della prestazione medica
- la Struttura Sanitaria e l'Equipe medico chirurgica convenzionate prescelte.
- tutte le informazioni rese necessarie per la gestione della presa in carico dei costi.

Il ricovero in istituti di cura convenzionati con la Compagnia, senza l'attivazione del convenzionamento diretto tramite Centrale operativa, sarà equiparato al ricovero sub art. 2.2 lett. a) e rimborsato ai sensi dell' art. 2.5 lett. a).

b) Day-hospital in istituti di cura convenzionati con la Compagnia: previo contatto con la Centrale Operativa è previsto il pagamento diretto da parte dell'Assicuratore all'Istituto di Cura per le prestazioni erogate. Il Day-hospital in istituti di cura convenzionati con la Compagnia, senza l'attivazione del convenzionamento diretto tramite Centrale operativa, sarà equiparato al ricovero sub art. 2.2 lett. b) e rimborsato ai sensi dell' art. 2.5 lett. b).

## **2.2 Rimborso da parte dell'Assicuratore per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate e con personale medico non convenzionato con la Compagnia**

a) Ricovero in istituti di cura non convenzionati con l'Assicuratore: è previsto il rimborso, nei termini di cui al successivo art. 2.5 lett. a), delle spese sostenute per le prestazioni erogate;

b) Day-hospital in istituti di cura non convenzionati con l'Assicuratore: è previsto il rimborso, nei termini di cui al successivo art. 2.5 lett. b), delle spese sostenute per le prestazioni erogate;

c) Personale medico non convenzionato con l'Assicuratore: è previsto il rimborso, nei termini di cui al successivo art. 2.5 lett. c), delle spese sostenute per le prestazioni erogate.

## **2.3 Rimborso da parte dell'Assicuratore per le prestazioni effettuate in strutture convenzionate e con personale medico non convenzionato con la Compagnia**

a) Ricovero "misto" quando ad essere in Convenzione è solo l'Istituto di Cura e non anche il Personale medico: è previsto il rimborso integrale delle spese dell'Istituto di Cura, nei termini di polizza;

b) Day-hospital "misto": quando ad essere in Convenzione è solo l'Istituto di Cura e non anche il Personale medico; è previsto il rimborso integrale delle spese dell'Istituto di Cura, nei termini di polizza;

c) Personale medico non convenzionato con l'Assicuratore: è previsto il rimborso, nei termini di cui al successivo art. 2.5 lett. c), delle spese sostenute per le prestazioni erogate.

## **2.4 Rimborso da parte dell'Assicuratore per le prestazioni effettuate in strutture a totale carico del SSN**

- a) Ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN: è previsto il rimborso dei tickets o delle spese connesse o conseguenti al passaggio di classe e di tutte le eventuali spese pre e post ricovero e di quelle per l'accompagnatore o l'assistenza infermieristica o per il trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore nei termini e con i limiti di cui all'articolo precedente. In totale assenza di spese o di richiesta di rimborso di spese attinenti il ricovero, è prevista la corresponsione di una diaria giornaliera di euro **200,00** per ogni giorno di ricovero 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;

b) Day-hospital in Istituto di Cura a totale carico del SSN. La degenza in regime di day-hospital 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.

## **2.5 Franchigie**

a) Le spese sostenute ai sensi dell'art. 2.2 lett. a) vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con il minimo di € 750,00 ed un massimo di € 2.500 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

b) Le spese sostenute ai sensi dell'art. 2.2 lett. b) vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con il minimo di € 50,00 ed un massimo di € 250,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato

c) Le spese sostenute per il personale medico non convenzionato ai sensi dell'art. 2.2 lett. c) e 2.3 lett. c) vengono rimborsate:

- nel caso di ricovero con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con il minimo di € 750,00 ed un massimo di € 2.500 che rimarrà a carico dell'Assicurato;
- nel caso di day-hospital con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con il minimo di € 50,00 ed un massimo di € 250,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

La Compagnia si impegna a liquidare i sinistri entro 60 giorni dalla presentazione dell'intera documentazione attinente alla pratica (cartella clinica, fatture e notule debitamente quietanzate).

Le richieste di rimborso devono essere trasmesse dall'Assicurato alla Compagnia entro 120 giorni dall'evento.

## **Art. 3 - 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

## **Art. 4 - Limite di età**

Per gli iscritti ed i pensionati Inarcassa non è previsto alcun limite di età.

Anche relativamente ai familiari per i quali l'Isritto Inarcassa richieda l'estensione di copertura contro pagamento del supplemento di premio non è previsto alcun limite di età.

## **Art. 5 - Operatività delle garanzie**

Per tutti gli Assicurati, ivi compresi i familiari 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.

## **Art. 6 - 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 punto 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 paradontopatie 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 “i” dell'Art.1 - A);
- 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.

## **Art. 7 - Persone non assicurabili**

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, aids, alcolismo, non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini di cui all'art.1898 del C.C. In tal caso il premio viene rimborsato.

## **Art. 8 - Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero. Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in Euro.

### **Art. 9 - Rinuncia alla rivalsa**

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

### **Art. 10 - Gestione dei sinistri**

La Società, in conformità ai tempi e alle modalità rappresentate nell'offerta:

- raccoglie le adesioni alle varie opzioni previste dalla polizza, in primis delle richieste di estensione della copertura del nucleo familiare;
- garantisce l'assistenza telefonica;
- acquisisce la documentazione relativa al sinistro;
- comunica con cadenza bi-mensile al Contraente le denunce di sinistro e le liquidazioni operate nel periodo pregresso, con espressa indicazione dei singoli importi, sia quelle relative all'assistenza indiretta sia quelle relative a Istituti Convenzionati per i quali l'assicurato, non avendo anticipato alcun importo, non ha richiesto alcun rimborso corredato dei dati necessari per la loro identificazione.

Verranno forniti tramite supporto magnetico i seguenti dati: numero sinistro, dati anagrafici e n. matricola Inarcassa assicurato, tipo sinistro subito, data sinistro ed eventuali giorni di diaria spettanti.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempienza contrattuale.

### **Art. 11 - Rinuncia al recesso dal contratto**

La Società in deroga all'art. 1898 del c.c., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

### **Art. 12 - Durata contrattuale**

La polizza ha durata annuale triennale, dalle ore 24.00 del 31.12.2011 alle ore 24.00 del 31.12.2014; è facoltà del Contraente recedere dal contratto allo scadere di ogni annualità previa disdetta da inviarsi a mezzo raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza.

### **Art. 13 - Controversie in materia contrattuale**

La risoluzione di controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali è demandata di norma ad una apposita Commissione tecnica, di cui al successivo art.14, composta di tre membri designati uno dalla Contraente e uno dalla Società, uno di comune accordo dalle predette. In caso di disaccordo sulla nomina del terzo membro, lo stesso sarà nominato dal Presidente del Tribunale di Roma. Le spese relative saranno addebitate in sede di lodo arbitrale.

### **Art. 14 - Commissione tecnica**

La Commissione Tecnica verifica l'andamento della polizza ed esamina la risarcibilità o meno di sinistri controversi messa all'ordine del giorno e si riunisce, di norma, una volta al mese presso la sede di Inarcassa o in altra sede che di volta in volta possa essere ritenuta più idonea; in

manca di controversie da esaminare la riunione della Commissione Tecnica slitterà al mese successivo

#### **ELENCO A: Grandi interventi (art. 1 lett. A)**

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 radiochirurgia 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 e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.
- 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 extra-ricovero 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 di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.
- D. Interventi di neurochirurgia per:
- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
  - risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomia;
  - 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, mielomeningocele, 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.

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);
- impianto di pace-maker 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.

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;
- 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 complicata o recidiva

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;
- cistoprostatovesicolectomia.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- Odontocheratoprosi;
- Chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
- Timpanoplastica;
- Chirurgia endauricolare della vertigine;
- Chirurgia translabirintica della vertigine;

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 addomino-perineale;
- 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 (regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare)

O. Grandi interventi "similari" per tipologia, evento, diagnosi, cura, etc. a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera N).

## **ELENCO B: Gravi Eventi Morbosi (art. 1 lett. B)**

- a) Infarto miocardico acuto;
- b) Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
  - dispnea
  - edemi declivi
  - aritmia
  - angina instabile
  - edema o stasi polmonare
  - ipossiemia
- c) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento (una situazione di neoplasia maligna sistematica – tumori di pertinenza ematologia linfomi, mielomi – od una condizione che presenti ripetizioni in altre parti del corpo – metastasi -) delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  - ulcere torbide
  - decubiti
  - neuropatie
  - vasculopatie periferiche
  - infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Gravi traumatismi – con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni ;
- f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
- h) Sclerosi a placche che comporti un'invalidità superiore al 65% e per un massimo di 10.000 euro per anno;
- i) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- j) Gravi eventi morbosi “similari” per tipologia, evento, diagnosi, cura, etc. a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera h).