

**Condizioni Contrattuali
POLIZZA INTEGRATIVA
n. 2106/30/1015**

“Tutte le forme di ricovero con e senza intervento chirurgico e l’alta diagnostica”.
Facoltativa ed a carico dell’associato

DEFINIZIONI

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

Assicuratore	la Società.
Assicurati	associati Inarcassa ed eventualmente del solo coniuge oppure del coniuge e dei figli fiscalmente a carico, sempreché tutti i familiari indicati risultino dallo stato di famiglia e siano assicurati con la polizza collettiva stipulata da Inarcassa
Assistenza diretta	prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.
Contraente	soggetto che stipula la polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.
Grandi Interventi/ Gravi Eventi Morbosi	ricoveri chirurgici o medici coperti dalla polizza collettiva “Grandi Interventi” e “Gravi Interventi Morbosi” stipulata da Inarcassa
Equipe medica convenzionata	professionisti convenzionati con la Società ai quali l’Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.
Indennizzo	somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Malattia	qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico
Malformazione	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti dei suoi organi per condizioni morbose congenite
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.
Malattia Oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive
Ricovero	degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.
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
Intevento Chirurgico	qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	prestazione chirurgica anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento
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
Indennità Sostitutiva	importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse
Scoperto	la somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Franchigia	la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato l'importo garantito.
Sinistro	verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

PREMESSA

La Presente polizza è stata creata grazie alla convenzione di durata triennale che Inarcassa ha sottoscritto con Società Cattolica di Assicurazione allo scopo di dare la possibilità ai propri Associati di poter godere, facoltativamente, di una copertura assicurativa per tutte le forme di ricovero, con o senza intervento chirurgico, e per l'alta diagnostica. L'adesione al presente piano sarà necessariamente di tipo individuale e pertanto la contraenza ed i relativi oneri economici saranno riferiti al singolo Associato.

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione prevede la copertura per i ricoveri per interventi chirurgici diversi da “Grandi Interventi Chirurgici” (già coperti dal Piano sanitario Base) e per i ricoveri senza intervento chirurgico diversi dai Gravi Eventi Morbosi (già coperti dal Piano sanitario Base).

La presente assicurazione è operante per le spese sostenute dall'Assicurato in conseguenza di malattia o di infortunio avvenuto durante l'operatività della polizza per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- ricovero in regime di day-hospital;
- intervento chirurgico;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- prevenzione;
- cure per il neonato nei primi tre mesi di vita;
- diagnosi comparativa / ricerca medico più competente;
- servizi di consulenza.

La copertura prevede, inoltre, una **garanzia facoltativa** che può essere prescelta dall'Assicurato contenente le seguenti voci:

- visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) / accertamenti diagnostici / trattamenti fisioterapici da infortunio;
- lenti;
- prestazioni odontoiatriche;
- prestazioni di assistenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi con le modalità riportate alla voce “Sinistri” delle Condizioni Generali:

a) A strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

b) A strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

c) Al Servizio Sanitario Nazionale

Art. 2 – Persone assicurate / garanzie acquistabili

L'assicurazione è prestata a favore degli associati Inarcassa ed, eventualmente, del nucleo familiare, purché risulti assicurato con la polizza collettiva stipulata da Inarcassa.

Art. 3 – Ricovero

Art. 3.1 – Ricovero in Istituto di Cura

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La garanzia è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata con il limite di € 206,58 al giorno.

Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Art. 3.2 – Day-hospital

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

Art. 3.3 – Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”, lettere a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali e cure”, g) “Post-ricovero”.

Art. 3.4 – Parto e aborto

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Società liquida le spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, g) “Post-ricovero”.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza” e un numero massimo di due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto, vengono rimborsate con il massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare; nell’ambito di questo massimale non è operante alcuna altra limitazione. Vengono ricomprese nella garanzia le prestazioni di amniocentesi e di prelievo dei villi coriali.

L’amniocentesi e il prelievo dei villi coriali vengono comunque garantiti a fronte di idonea prescrizione medica; la garanzia è operante nelle strutture sanitarie convenzionate con la società senza alcuna franchigia a carico dell’Assicurato e con una franchigia di € 200,00 in quelle non convenzionate. Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, verrà rimborsato integralmente l’importo del ticket sanitario versato dall’Assicurata.

Art. 3.5 – Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Art. 3.6 – Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

Previo contatto con la Centrale Operativa, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato. Le prestazioni effettuate in istituti di cura convenzionati con la Compagnia senza previa attivazione del convenzionamento diretto tramite la Centrale Operativa, saranno equiparate alle prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con la Società.

Le spese per la prestazione prevista al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lettera f "Assistenza infermieristica privata individuale" vengono rimborsate nel limite previsto allo stesso punto e con le modalità previste al successivo punto b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Le spese relative alle prestazioni effettuate in strutture non convenzionate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 750,00 e con un massimo di € 15.000,00 che verrà applicato sull'insieme delle spese sostenute, ad eccezione delle seguenti:

1. punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":
 - lett. d) Rette di degenza;
 - lett. e) Accompagnatore;
 - lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;
 2. punto 3.4 "Parto e aborto" III capoverso;
- i cui limiti sono indicati nelle singole garanzie.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.7 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società" o alla lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

Art. 3.7 – Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 200,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.

Tale indennità non verrà corrisposta qualora il sinistro sia già stato liquidato nella polizza collettiva stipulata da Inarcassa.

Nel caso di day-hospital l'indennità giornaliera corrisposta è pari a € 200,00.

Art. 3.8 – Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

Art. 3.9 – Massimale

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 4 – Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Elettromiografia

- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 7.700,00 per singolo o per nucleo familiare e per anno assicurativo. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 5 – Prevenzione

La Società garantisce l'effettuazione dei seguenti accertamenti diagnostici con finalità di prevenzione una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate previo contatto con la Centrale Operativa.

- **ricerca sangue occulto fecale**
- **pap-test**
- **psa**
- **colesterolo totale**
- **trigliceridi**

L'assicurato, per prestazioni diagnostiche non comprese nell'elenco di cui al punto 1), potrà ottenere, contattando preventivamente la Centrale Operativa della Società, l'applicazione delle tariffe agevolate previste dalla convenzione con la struttura sanitaria convenzionata.

Art. 6 – Cure per il neonato nei primi tre mesi di vita

La Società rimborsa, nell'ambito del massimale della garanzia ricovero di cui al punto 3.9 "Massimale", le spese sanitarie sostenute nei primi tre mesi di vita del neonato rientranti nelle garanzie prestate dalla polizza.

La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 90° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

Art. 7 – Diagnosi comparativa / Ricerca specialista più competente

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

Morbo di Alzheimer
AIDS

Cecità
Malattie neoplastiche maligne
Problemi cardiovascolari
Sordità
Insufficienza renale
Perdita della parola
Trapianti degli organi vitali
Patologie neuromotorie
Sclerosi Multipla
Paralisi
Morbo di Parkinson
Ictus
Coma

potrà essere richiesto dall'Assicurato un riesame del caso mediante l'invio alla Società di tutta la documentazione medica necessaria.

La Società provvederà, previo esame della documentazione richiesta, attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate a livello mondiale, a ottenere una nuova valutazione medica e a trasmetterla all'Assicurato.

Il servizio può essere attivato mediante contatto con la Centrale Operativa della Società attraverso il numero verde 800 046 499 (dall'estero comporre il numero nero 015/2559641).

Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Società provvederà a inoltrare all'Assicurato la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata; la Società fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato. Per i clienti che intendano entrare in contatto con medici all'estero, la Società mette a disposizione la propria centrale operativa per organizzare la degenza nell'ospedale, la sistemazione alberghiera, il viaggio e garantire eventualmente la presenza di un interprete.

Art. 8 – Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 046 499 (dall'estero comporre il numero nero 015/2559641).

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano assicurativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Indicazioni sanitarie

A richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa segnala lo specialista o il centro medico più indicati per le specifiche necessità dell'Assicurato.

GARANZIA FACOLTATIVA

Art. 9 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando dall'Italia al numero verde 800 046 499 (dall'Estero al numero nero 015 25 59 641).

a) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

b) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

c) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

d) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 103,29 per sinistro.

e) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

f) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Art. 10 – Visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) e accertamenti diagnostici / trattamenti fisioterapici rieducativi da infortunio e malattia

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Vengono inoltre rimborsate le spese sostenute per visite omeopatiche effettuate da medici il cui titolo deve risultare dalla documentazione fiscale.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Vengono comunque rimborsati le visite mediche specialistiche e gli accertamenti diagnostici - compresa l'amniocentesi - correlati alla gravidanza eseguiti in regime extra-ricovero.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.

La Società rimborsa, inoltre, le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti a infortunio e malattia nel limite di un sottomassimale di € 500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per l'operatività della garanzia è necessaria la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso attestante l'infortunio occorso od altra documentazione medica comprovante l'evento, la data di accadimento ed il nesso di causalità con le terapie effettuate.

Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata la Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura sanitaria l'importo di spesa relativo alle prestazioni fisioterapiche ad eccezione della franchigia di € 75 per ogni ciclo di terapia che verrà versata alla struttura dall'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di 100,00 euro per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.

Art. 11 – Lenti

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 200,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista attestante la variazione del visus.

La prescrizione deve riportare il nome e cognome dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia (ad esempio miopia, astigmatismo, ecc.) che comporta l'uso di lenti correttive.

Art. 12 – Garanzia di prestazioni odontoiatriche

Art. 12.1 – prevenzione odontoiatrica

La Società garantisce una volta l'anno in centri convenzionati con l'effettuazione di un programma di prevenzione dentale consistente in:

- una visita odontoiatrica
- una ablazione del tartaro

Art. 12.2 – Interventi chirurgici odontoiatrici

A parziale deroga di quanto previsto al punto B.2 “Esclusioni dall'assicurazione” punto 11, la Società rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 2.500,00 per anno assicurativo e per singolo / per nucleo familiare.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

Art. 13 – Inclusioni/esclusioni

Art. 13.1 – Inclusioni/esclusioni relative agli iscritti o pensionati Inarcassa che abbiano aderito entro i termini

I componenti del nucleo familiare degli associati Inarcassa risultanti dallo stato di famiglia alla data di effetto del contratto debbono essere inseriti contestualmente al titolare.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla società. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Società sempre che sia stato pagato il relativo premio e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre.

Nel caso in cui venga a cessare la qualifica di associato ad Inarcassa, la garanzia per lo stesso e per i familiari eventualmente assicurati viene mantenuta sino alla scadenza della polizza.

Art. 13.2 – Inclusioni/esclusioni relative ai neoiscritti

Per poter aderire al presente piano sanitario il neoassociato Inarcassa dovrà inviare l'allegato “Modulo di adesione alla polizza – convenzione”, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, alla Società. In tal caso l'adesione deve avvenire entro la fine del mese successivo a quello della notifica di iscrizione.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese successivo a quello d'invio della notifica d'iscrizione, sempre che sia stato pagato il premio e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

I figli fiscalmente a carico e il coniuge degli associati Inarcassa, risultanti dallo stato di famiglia alla data di effetto del contratto, debbono essere inseriti contestualmente al titolare sempre che sia stata acquistata almeno una delle Garanzie “Grandi Interventi” o “Gravi Eventi Morbosi” previsti nella polizza collettiva stipulata da Inarcassa. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l’inserimento in copertura dei suddetti familiari.

Anche per questi familiari la copertura avrà effetto dalle ore 24 dell’ultimo giorno del mese successivo a quello d’invio della notifica d’iscrizione all’Associato sempre che sia stato pagato il relativo premio e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre.

L’inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla Società. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell’ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Società sempre che sia stato pagato il relativo premio e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre.

Nel caso in cui cessi la qualifica di associato ad Inarcassa, la garanzia per lo stesso e per i familiari eventualmente assicurati viene mantenuta sino alla scadenza della polizza.

Art. 14 – Premi

Art. 14.1 – Premi garanzia principale

Art. 14.1.A – Premi Annui

Per ogni Assicurato (associato coniuge o figlio): € 822,00.

Art. 14.2 – Premi garanzia facoltativa

Art. 14.2.A – Premi Annui

Per ogni Assicurato (associato coniuge o figlio): € 561,00

Art. 15 – Sconto per nuclei familiari

Nel caso di inclusione del nucleo familiare, i premi riportati all’art. 14 “Premi” verranno scontati in ragione del numero dei componenti il nucleo familiare delle seguenti percentuali:

- 15% nel caso di nucleo composto da 2 persone
- 20% nel caso di nucleo composto da 3 persone
- 25% nel caso di nucleo composto da 4 o più persone

Nel caso di variazione nella composizione del nucleo assicurato avvenuta in corso d’anno lo sconto suindicato non verrà applicato.

A – CONDIZIONI GENERALI

A.1 – Effetto dell’assicurazione

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell’avvenuto pagamento.
I premi devono essere pagati alla Società.

A.2 – Termini di aspettativa

La garanzia, limitatamente agli assicurati che aderiscono per la prima volta al piano integrativo degli Iscritti Inarcassa, decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell’assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per l’aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° giorno successivo a quello dell’assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall’Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell’assicurazione per le infezioni da HIV.

A.3 – Durata dell’assicurazione

La durata dell’assicurazione è correlata a quella della Polizza Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi a cui è indissolubilmente connessa.

In mancanza di disdetta, facoltà esclusiva di Inarcassa, la convenzione verrà rinnovata allo scadere di ogni annualità da parte del sottoscrittore (singolo associato).

L’eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata da Inarcassa all’altra parte a mezzo raccomandata, almeno due mesi prima della scadenza del contratto.

A.4 – Modifica delle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.7 – Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l’eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l’obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

A.8 – Termini di prescrizione

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di un anno a norma dell’art. 2952 c.c..

A.9 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

B – LIMITAZIONI

B.1 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 – Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- 1) le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione purchè non si sia registrata alcuna interruzione nella copertura e alla data di riadesione nel caso di interruzione nella stessa;
- 2) le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della polizza.
- 3) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 5 diottrie oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- 4) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 5) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 6) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 7) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 8) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- 9) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 10) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 11) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie e le cure dentarie;
- 12) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- 13) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

B.3 – Limiti 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.

C – SINISTRI

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

C.1 – Denuncia del sinistro

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800 046 499 e dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia 015 25 59 641.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.2 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate al punto C.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e all'art. 3.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

C.2 – Sinistri in strutture convenzionate con la società

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni il "modulo di dimissioni" per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al successivo punto C.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e all'art. 3.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

C.3 – Sinistri in strutture non convenzionate con la società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla sede di Mapfre Warranty Strada Trossi, 67 – 13871 Verrone – Biella, la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

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

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto all'art. 3.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, potrà essere richiesta alla Società dall'Assicurato o, nel caso di Sua incapacità, da un Suo familiare una somma massima pari al 70% delle somme preventivate dall'Istituto di cura, salvo conguaglio al termine del ricovero.

Detta richiesta dovrà essere corredata da idonea documentazione medica che consenta di valutare l'operatività della garanzia.

C.4 – Sinistri nel servizio sanitario nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto C.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.5 – Controversie

Ferma la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente, viene istituita una commissione paritetica per la risoluzione di controversie in tema di clausole contrattuali e l'esame della risarcibilità di sinistri controversi con le stesse modalità di cui agli artt. 13 e 14 della Polizza Base.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

C.6 – Gestione documentazione di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.