

AGENZIA	COD.	RAMO	N. POL.	CONTRAENTE
ROMA GRANDI RISCHI	2106	30	1001	INARCASSA

D'accordo tra le parti, con effetto 01/01/2011 si conviene quanto segue.

Ai fini delle condizioni di polizza le parti attribuiscono il significato di:

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.

Somma assicurata: la somma assicurata 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 è di 300.000,00 euro.

La lettera A) Ricoveri per Grandi Interventi (elenco A) è sostituita integralmente dalla seguente:

A) Rischi Assicurati:

Ricoveri per Grandi Interventi (elenco A)

Sono garantite le 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 funerarie e 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 €20.000,00 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 anestesiologicala, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

L'art. 2 - Criteri di liquidazione è abrogato e sostituito integralmente dal seguente:

Art. 2 - Criteri di liquidazione

2.1 Pagamento diretto da parte dell'Assicuratore

- a) Ricovero 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; analogamente per il personale medico convenzionato con la Compagnia. 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, 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, 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, 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, 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 **110,00** 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.

Gli art. 13 - Controversie in materia contrattuale e 14 - Commissione Tecnica sono abrogati e sostituiti integralmente dai seguenti:

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 bimestralmente l'andamento della polizza ed esamina la risarcibilità o meno di sinistri controversi e/o anomali messi all'ordine del giorno. Si riunisce su richiesta di una delle parti presso la sede di Inarcassa o in altra sede che di volta in volta possa essere ritenuta più idonea. I verbali saranno trasmessi all'Assicuratore e al Contraente entro 15 giorni dalla riunione.

A parziale rettifica dell'art. 22 - Determinazione del premio per le garanzie base e per le opzioni previste, Il premio lordo a carico dei singoli interessati per la copertura ai propri familiari, così come definiti, indipendentemente dal loro numero, ammonta ad Euro 242,25 per la garanzia "Grandi Interventi" e per la garanzia "Gravi Eventi Morbosi".

Fermo il resto

**CATTOLICA ASSICURAZIONI
SOC. COOP.**

IL CONTRAENTE
