

AGENZIA	COD.	RAMO	N. POL.	CONTRAENTE
ROMA GRANDI RISCHI	2106	30	1004	INARCASSA

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

L'art. 3.6 - Modalità di erogazione delle prestazioni è abrogato e sostituito dal seguente:

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% e con il minimo non indennizzabile di € 750,00 che verrà applicato sull'insieme delle spese sostenute, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

lett. d) Rette di degenza;

lett. e) Accompagnatore;

lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

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".

L'art. 4 - Alta specializzazione è abrogato e sostituito dal seguente:

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.

L'art. 14 - Premi è abrogato e sostituito dal seguente:

Art. 14 – Premi

Art. 14.1 – Premi garanzia principale

14.1.A Premi annui

Per ogni Assicurato (associato coniuge o figlio): 847,00 euro

Art. 14.2 – Premi garanzia facoltativa

14.2.A – Premi annui

Per ogni Assicurato (associato coniuge o figlio): 577,00 euro

L'art. 10 - Visite specialistiche è abrogato e sostituito dal seguente:

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.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. 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 euro 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.

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

La garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di 35,00 euro per ogni visita.

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 euro per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Per l'operatività della garanzia è necessaria la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso 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 75,00 euro 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 euro per persona e/o per nucleo familiare

La lettera C - SINISTRI è integrata da quanto segue:

C - SINISTRI

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

Fermo il resto

**CATTOLICA ASSICURAZIONI
SOC. COOP.**

IL CONTRAENTE
