

PIANO SANITARIO “BASE”
Iscritti e Pensionati
Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

DEFINIZIONI

Assicurazione

Il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Accertamento Diagnostico

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

Anno assicurativo

Si intende l'anno solare in cui opera la copertura sanitaria e in relazione al quale sono applicati i massimali di polizza.

Assicuratore o Società

RBM Assicurazione Salute Spa che stipula la polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

Assicurati

Gli Ingegneri e gli Architetti Liberi Professionisti iscritti ad Inarcassa in regola con gli obblighi di dichiarazione e di pagamento dei contributi previdenziali verso l'Associazione e coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione diretta o ai superstiti Inarcassa (con esclusione delle rendite ex art. 6 L. 1046/71, dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81 e dei trattamenti in totalizzazione di soggetti non iscritti al momento della maturazione dei requisiti), 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.

Assistenza infermieristica

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

Cartella Clinica

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

Commissione tecnica

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

Contraente

Inarcassa e Cassa RBM Salute che stipulano la polizza per conto altrui.

Day Hospital - DH

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica. Al Day Hospital è assimilato ai fini contrattuali il Day Surgery e il Day Service.

Evento

Per evento si intende la condizione di salute, di malattia o di infortunio, esigenza diagnostica o di prevenzione per cui è prevista la prestazione sanitaria e/o quella ad essa accessoria.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato.

Grandi Interventi

Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza (ALLEGATO A).

Gravi Eventi Morbosi

Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (ALLEGATO B).

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital o forma di ricovero equivalente e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero, 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.

Malattia oncologia

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

Malformazione congenita

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

Massimale

Somma massima 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.

Network

Rete convenzionata della Società costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Nucleo familiare

I componenti della famiglia composta dal capo nucleo, dal coniuge, parte di unione civile o convivente more uxorio, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico anche non conviventi.

Personale medico convenzionato

Professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza

Polizza

Documento che prova l'assicurazione.

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica.

Ricovero

Degenza, documentata da cartella clinica o certificazione equivalente, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).

Rischio

Probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto

Somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro

Il 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.

Trasporto Sanitario

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

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

In caso di contrasto tra le presenti Condizioni di Assicurazione e gli atti di gara CIG 7098359723, prevalgono questi ultimi.

SOGGETTI ASSICURATI

Art. 1 – Soggetti assicurati

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate a favore degli iscritti ad Inarcassa (ingegneri ed architetti liberi professionisti).

Sono esclusi dalla garanzie:

- a) i pensionati beneficiari di pensione diretta o ai superstiti (reversibilità o indiretta) non iscritti ad Inarcassa;
- b) gli iscritti irregolari. Alla data del 15 ottobre di ogni anno, gli iscritti che non risultano in regola con gli obblighi di dichiarazione e di pagamento dei contributi previdenziali verso Inarcassa, ai sensi D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e disposizioni attuative, sono esclusi dalla copertura assicurativa per l'intera annualità successiva a quella in cui è svolta la verifica.

I pensionati non iscritti di cui al precedente punto a), anche se residenti all'estero, possono aderire facoltativamente, a proprie spese, alla copertura sanitaria della presente polizza previo pagamento del relativo premio assicurativo. Sono comunque esclusi dalla copertura i beneficiari di rendita ex art.6 L.1046/71, dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81 e dei trattamenti in totalizzazione di soggetti non iscritti al momento della maturazione dei requisiti.

Ciascun Assicurato che goda della copertura assicurativa di cui sopra potrà, a proprie spese, estenderla a favore del proprio nucleo familiare nelle persone del coniuge, o parte di unione civile, o convivente more uxorio, anche non fiscalmente a carico, e/o dei figli fiscalmente a carico anche non conviventi, secondo le limitazioni specificate nelle singole clausole previste dal presente contratto.

6

PRESTAZIONI GARANTITE

Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione e massimale assicurato

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

L'assicurazione è prestata fino a concorrenza della somma di Euro **300.000,00** da intendersi come disponibilità massima a favore di ciascun Assicurato che abbia subito uno o più sinistri nel medesimo anno e, nel caso di estensione della copertura assicurativa a favore dei familiari dell'iscritto, per ciascun nucleo familiare per anno, compreso l'assicurato.

Nel caso di estensione della copertura assicurativa a favore dei familiari dell'associato, l'eventuale presenza di sottolimita di indennizzo va inteso per nucleo familiare e per anno assicurativo.

GARANZIE PRINCIPALI

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

Sono riconosciute 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 anche al di fuori dell'istituto di Cura nei **120** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati, nonché quelle sostenute nei **120** giorni successivi alla data di dimissione 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.
- f) trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi. Sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato;
- g) cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € **15.000** per evento;
- h) per i seguenti interventi chirurgici, se indennizzabili a termine di polizza:
 - 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;

effettuati in istituti di cura non convenzionati e/o con personale medico non convenzionato con la Società, in regime di ricovero o day-hospital, è previsto il rimborso delle spese fino ad un massimo di € **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 (previsti nell'ALLEGATO B) che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico o di trattamento medico domiciliare.

Le spese riconosciute sono le seguenti.

In caso di ricovero:

- 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 ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di euro **16.000,00**;

In caso di trattamento domiciliare o ambulatoriale

- e) sono riconosciute, entro un limite massimo di € **16.000,00**, le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, le 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. Sono comunque sempre garantite, indipendentemente dal momento della prima diagnosi, le prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico.
- f) cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € **15.000** per evento, con o senza ricovero.

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

Nel caso di malattia oncologia e/o di recidiva, non altrimenti indennizzabile in base ai paragrafi A) e B), la Società sostiene le spese sostenute in regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare per prestazioni di chemioterapia, qualunque sia la tipologia di somministrazione, anche farmacologica, trattamenti antitumorali riconosciuti dai protocolli internazionali oncologici, cobaltoterapia, terapie radianti e laser comunque effettuate.

GARANZIE ACCESSORIE

D – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN, non faccia richiesta di indennizzo né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad essa connessa, o in totale assenza di spese, è prevista la corresponsione di una diaria giornaliera di euro **100,00** per ogni giorno di ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un massimo di 100 giorni per ricovero ed anno assicurativo, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero nei termini previsti dal contratto.

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

E – Assistenza infermieristica

La società indennizza le spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro **2.600,00** massimo;

F – Trasporto Sanitario

La società indennizza le spese di trasporto dell'Assicurato con impiego di ambulanza, con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'Istituto di cura e dall'Istituto di cura e quelle di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o di rientro alla propria abitazione fino ad un importo massimo di euro **2.600,00** per ricoveri ovunque nel mondo.

G – Apparecchi protesici

La società indennizza le spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche o dispositivi tecnici fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.200,00** purché attinenti a sinistro risarcibile a termini di polizza.

H – Rimpatrio salma

La società indennizza le 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;

I – Prevenzione

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 annuale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia con un numero di abitanti superiore a 100.000.

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

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

24. Ecografia mammaria

25. Mammografia

26. Ecografia addome completo

27. MOC (ogni tre anni)

28. Gastrosopia (ogni tre anni)

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti ad Inarcassa e per i pensionati non iscritti aderenti alla polizza. La garanzia non è estendibile ai familiari.

Ad integrazione della Garanzia Prevenzione sopraindicata la Società riconoscerà ai titolari della copertura assicurativa anche i seguenti check-up:

a.1 Prevenzione Pacchetto Donna

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

Donne – tra 30 e 39 anni

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

Donne – tra 40 e 49 anni

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

Donne – over 50 anni

- Indagini di laboratorio specifiche – una volta ogni tre anni:
 - Creatinina
 - Calcio
 - Fosforo
 - Fosfatasi alcalina
 - PTH
 - Vitamina D

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale – una volta ogni due anni

Massimale

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network

Il massimale previsto è **illimitato**.

a.2 Prevenzione Pacchetto Uomo

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

Uomo – over 21 anni

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

Uomo – over 50 anni

- ECG da sforzo – una volta ogni due anni

Massimale

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network

Il massimale previsto è **illimitato**.

b. Sindrome Metabolica

Per attivare la copertura l'Isritto dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo area web dedicata agli iscritti.

La Compagnia analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Isritto l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Isritto alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e verranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Isritto verrà contattato dalla Compagnia (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Isritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Compagnia provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

La Compagnia provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da

effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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

La Compagnia renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti INARCASSA che si trovino nel predetto stato di Sindrome

Metabolica “non conclamata” che ne facciano richiesta contattando la Centrale Operativa un Misuratore BMI, che consentirà a ciascuno di misurare autonomamente (comodamente al proprio domicilio) il proprio Indice di massa Corporea mettendo a confronto i valori di peso, altezza e circonferenza addominale (diversificata per uomo e donna).

Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri. La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito. Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate dalla Compagnia.

La Compagnia, renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti INARCASSA con sindrome metabolica conclamata, che ne facciano richiesta contattando la Centrale Operativa, una Bilancia wireless con misuratore di peso, di indici di grasso corporeo, massa magra, massa muscolare, massa ossea, acqua corporea e livello di grasso viscerale, direttamente interconnessa con il nutrizionista/internista convenzionato e/o accessibile da parte del nutrizionista/internista di propria fiducia.

13

Massimale

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network

Il massimale previsto è **illimitato**.

c. Applicazione di sconti e/o tariffe riservate agli assicurati per prestazioni non contemplate in polizza RBM Salute mette a disposizione degli assistiti di Inarcassa il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario, per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate e/o di sconti in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel portale web sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa/call center. Ad ogni assistito sarà assegnata una Card elettronica nominativa, scaricabile attraverso la APP Mobile RBM Salute o attraverso l'area riservata.

L) Dread Disease

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 miocardico acuto:** coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- 2. Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
- 3. Impianto di stent.** o by-pass.
- 4. Angioplastica.**

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

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

L'indennità verrà corrisposta 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 ad Inarcassa e per i pensionati non iscritti aderenti alla polizza. Non è estendibile ai familiari.

M) Indennità giornaliera da infortunio

In caso di infortunio che comporti un ricovero o una inabilità temporanea (totale o parziale) dell'assicurato dovuta ad ingessatura e/o immobilizzazione la Società corrisponde una indennità giornaliera (diaria), nel limite di 40 giorni per sinistro (ricovero, ingessatura o immobilizzazione) e di 100 giorni per anno assicurativo.

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

➤ **Ricovero**

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

➤ **Ingessatura**

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

➤ **Immobilizzazione**

€ 50,00 per ciascun giorno di effettiva immobilizzazione.

In caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, l'indennità verrà corrisposta purché l'applicazione di tali mezzi di immobilizzazione sia prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni dallo stesso specialista prescritti.

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

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti Inarcassa fino all'età di 70 anni e non è estendibile ai pensionati non iscritti e ai familiari.

Il diritto all'indennità per la presente garanzia è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Art. 3 – Scoperti, franchigia e limiti di indennizzo

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

Tabella Scoperti e Franchigie

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	FRANCHIGIA MINIMA	FRANCHIGIA MASSIMA
1	R	Ricovero in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in istituto di cura convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
3	R	Ricovero in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2.500,00
4	DH	Day-Hospital in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5	DH	Day-Hospital in istituto di cura convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla

6	DH	Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7	PM	Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8	PM	Personale medico convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
9	PM	Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2.500,00

(*) In caso di **mancata prenotazione** del servizio di convenzionamento diretto tramite la Centrale Operativa si applicano le condizioni di scoperto e franchigia previste per il corrispondente servizio in regime “non convenzionato”

Non si applicano franchigie e/o scoperti per le Garanzie Accessorie previste dall’art. 2 lettere D, E, F, G, H, I, L e M.

Nel caso di ricovero in Istituto convenzionato, non si applicano franchigie e/o scoperti per le spese pre e post evento sostenute ai sensi dell’art. 2.

SINISTRI

16

Art. 4 - Accesso alle strutture sanitarie

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

- A. Alle strutture Sanitarie Private o Pubbliche convenzionate con la Società;
- B. alle strutture Sanitarie Private o Pubbliche non convenzionate con la Società;
- C. alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;

Art. 5 - Termine per la domanda di rimborso

Le richieste di rimborso devono essere trasmesse dall’Assicurato all’Assicuratore entro 120 giorni dall’evento.

Per le prestazioni effettuate prima del ricovero il termine di 120 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le prestazioni effettuate dopo il ricovero, o in assenza di ricovero, il termine di 120 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

Inarcassa può surrogare l’Assicurato nella richiesta della diaria sostitutiva giornaliera alla Società qualora l’Assicurato stesso abbia presentato domanda di indennità per inabilità temporanea assoluta, fermo restando il termine di 120 giorni dall’evento per la richiesta.

Art. 6 - Criteri di liquidazione

Le prestazioni coperte in garanzia sono liquidate come segue.

A. Pagamento diretto di prestazioni erogate tramite strutture Sanitarie Private o Pubbliche convenzionate con la Società (Regime convenzionato)

E' previsto il pagamento diretto da parte della Società alla struttura sanitaria convenzionata e/o al personale medico convenzionato per le prestazioni erogate, nei limiti dei massimali previsti, senza applicazione di scoperti e/o franchigie, previa prenotazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società

La mancata attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società comporta il rimborso delle relative spese secondo quanto previsto per il regime "non convenzionato" (v. punto C). Sono fatti salvi i casi di urgenza medico sanitaria.

Qualora l'Assistito necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, è necessario attivare preventivamente (sono richieste almeno 24 ore di preavviso) il Call Center, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'équipe medica e di valutare la congruità assistenziale della prestazione. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata il Call Center contatterà direttamente l'Assistito.

Nei casi di ricovero urgente per interventi di comprovata gravità, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione successivamente all'erogazione della prestazione e comunque entro un termine massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento. In tal caso, l'urgenza e la gravità della prestazione dovranno essere comprovate da idonea documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria, attestante il carattere di urgenza dell'intervento.

La procedura da seguire, illustrata nella *Guida alle prestazioni sanitarie* che sarà resa disponibile on line nel portale web dedicato, è differenziata in ragione della natura degli interventi richiesti dall'Assistito, al fine di poter garantire agli aderenti una maggiore rapidità di accesso alle prestazioni di natura specialistica/diagnostica (procedura pre-autorizzativa).

B. Rimborso di prestazioni erogate tramite strutture del Servizio Sanitario Nazionale

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

C. Rimborso di prestazioni erogate tramite strutture Sanitarie Private o Pubbliche non convenzionate (Regime non convenzionato)

E' previsto il rimborso all'assicurato delle spese effettuate e previste dalla polizza, nei limiti dei massimali previsti in polizza e con l'applicazione di scoperti e/o franchigie indicati nella Tabella specifica, dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

D. Prestazioni in "regime misto"

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguarda l'Istituto di Cura e non anche il personale

medico, è previsto il rimborso integrale delle spese dell'Istituto di Cura mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene secondo i limiti del regime non convenzionato (punto C).

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

Art. 7 - Modalità di rimborso

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso Strutture Sanitarie non convenzionate o presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'assicurato deve inviare alla sede della Società il modulo di denuncia di sinistro (v. *Domanda di rimborso per spese sanitarie* disponibile on line nel portale web dedicato), corredato da copia della cartella clinica o certificazione equivalente in caso di ricovero e/o dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

Art. 8 - Anticipo

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 9 - Inclusione ed esclusione degli assicurati iscritti e dei familiari degli assicurati

A) *Inclusione di nuovi iscritti ad Inarcassa 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 31/12/2017 la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 del giorno di iscrizione purché successivo al 31/12/2017. In caso di iscrizione retroattiva la copertura decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2018.

B) *Esclusione di iscritti ad Inarcassa 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.

C) *Inclusione di familiari di iscritti comunicati all'Assicuratore*

Per i familiari degli iscritti per i quali sia stata richiesta la copertura entro il 28 febbraio 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 €

464,93, la copertura avrà effetto a partire dalle ore 00.00 del 01 gennaio del medesimo anno.

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 di pagamento del premio.

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.

F) dati Cessazione della copertura dei familiari dell'ex iscritto

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

Art. 10 - 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'iscritto Inarcassa richieda l'estensione di copertura previo pagamento del supplemento di premio non è previsto alcun limite di età.

Art. 11 - 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. 12 - 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 "C" dell'allegato A) Grandi Interventi;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- n) AIDS e patologie correlate all'AIDS.

Art. 13 - 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. 14 – Risoluzione delle controversie e Foro competente

Gli assicurati possono adire una Commissione tecnica paritetica istituita presso Inarcassa per la risoluzione di eventuali controversie, ad eccezione di quelle per le quali sia stato proposto ricorso giurisdizionale, per la cui decisione è competente il Foro dell'Assicurato.

ALLEGATO A) Grandi interventi

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 e i fibroma dell'utero. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica, tra cui a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, necessari in conseguenza dell'asportazione di tumori ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

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 per:

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

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;
- neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- trapianto di nervo;
- artrodesi vertebrale;
- ernia discale

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- 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.
- rinosettoplastica in difetto nasale traumatico.

H. Interventi di chirurgia generale per:

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

- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
- intervento di asportazione della milza;
- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva;
- resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia uro-genitale per:

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

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

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

K. Interventi di chirurgia toracica per:

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

O. Grandi interventi “similari” per tipologia, evento, diagnosi, cura a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera N) e/o eseguiti con tecnica chirurgica con finalità equivalente.

ALLEGATO B: Gravi Eventi Morbosi

Il presente allegato forma parte integrante della polizza rimborso spese mediche stipulata da 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) **Infarto miocardico acuto;**
- b) **Insufficienza cardio-respiratoria** che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi
 - aritmia
 - angina instabile
 - edema o stasi polmonare
 - ipossiemia
- c) **Neoplasia maligna** che necessita 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. L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio o fissatore non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto;
- f) **Ustioni di secondo 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 66%;
- i) **Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)**;
- j) **Stato di coma**;
- k) **Tetraplegia** che comporti un'invalidità superiore al 66%;

- l) **Alzheimer** che comporti un'invalidità superiore al 66%;
- m) **Morbo di Parkinson** caratterizzato da:
- riduzione attività motoria;
 - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta che comporti un'invalidità superiore al 66%;
- n) **Gravi eventi morbosi** “similari” per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera h).

Le garanzie di cui ai precedenti punti k), l) e m) sono operanti esclusivamente per gli iscritti ad Inarcassa e per i pensionati non iscritti aderenti alla polizza. Non è estendibile ai familiari.

ALLEGATO C) - POLIZZA INFORTUNI FACOLTATIVA

(facoltativa e a carico dei singoli aderenti)

La società garantisce le seguenti coperture assicurative per le conseguenze dirette ed esclusive di un infortunio indennizzabile:

1. Morte e morte presunta
2. Invalidità permanente
3. Indennità giornaliera

Per infortunio indennizzabile si considera un evento fortuito, violento ed esterno che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente o la morte o l'inabilità temporanea dell'assicurato.

La garanzia è operante per i soli iscritti ad Inarcassa che già godono della Copertura Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi a carico dell'Associazione e può essere sottoscritta e annualmente rinnovata fino al compimento dei 70 anni di età. La garanzia non è estendibile ai pensionati non iscritti e ai familiari.

La garanzia è operante a condizione che l'evento – comprovato da certificazione medica e cartella clinica – sia successivo alla data di decorrenza della polizza o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'assicurato.

E' facoltà dell'iscritto di aderire a una o più coperture assicurative tra quelle previste e/o optare per massimali superiori.

28

1. – Morte e morte presunta da infortunio

In caso di morte o morte presunta dell'assicurato a seguito di infortunio la Società corrisponde un indennizzo, a seconda del massimale prescelto, pari a € **50.000/100.000/200.000** in parti uguali ai Beneficiari (ovvero agli eredi legittimi e testamentari) dell'assicurato.

L'indennizzo è dovuto se la morte dell'assicurato si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza.

2. – Invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società corrisponde un indennizzo, a seconda del massimale prescelto, pari a € **50.000/100.000/200.000**.

L'indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se avesse colpito una persona

fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado di invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124.

3. – Indennità integrativa giornaliera da infortunio

In caso di infortunio che comporti un ricovero o una inabilità temporanea (totale o parziale) dell'assicurato dovuta ad ingessatura e/o immobilizzazione la Società corrisponde una indennità giornaliera (diaria) – **ad integrazione di quella di cui al punto M delle GARANZIE ACCESSORIE** - nel limite di 40 giorni per sinistro (ricovero, ingessatura o immobilizzazione) e di 100 giorni per anno assicurativo

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

➤ **Ricovero**

€ 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di effettiva permanenza nell'istituto di cura (compresi quello iniziale e quello finale);

➤ **Ingessatura**

€ 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di ingessatura a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa;

➤ **Immobilizzazione**

€ 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di effettiva immobilizzazione.

In caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, l'indennità verrà corrisposta purché l'applicazione di tali mezzi di immobilizzazione sia prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni dallo stesso specialista prescritti.

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti Inarcassa fino all'età di 70 anni e non è estendibile ai pensionati non iscritti e ai familiari.

Il diritto all'indennità per la presente garanzia è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

4. - Cumulo di indennità

Non sono cumulabili le indennità per morte e invalidità permanente di cui ai punti 1 e 2.

La diaria giornaliera per ingessatura e/o immobilizzazione è corrisposta per i giorni eccedenti quelli per i quali è attribuita l'indennità giornaliera da ricovero.

5. – Premi

Il premio annuo per le singole coperture è il seguente:

Descrizione Copertura	Massimale/Importo giornaliero Indennità	Premio in Euro
Morte o morte presunta da infortunio massimale	€ 50.000,00	€ 20,70
Morte o morte presunta da infortunio massimale	€ 100.000,00	€ 41,40
Morte o morte presunta da infortunio massimale	€ 200.000,00	€ 82,80
Invalità permanente da infortunio massimale	€ 50.000,00	€ 30,60
Invalità permanente da infortunio massimale	€ 100.000,00	€ 62,10
Invalità permanente da infortunio massimale	€ 200.000,00	€ 124,20
Indennità giornaliera da infortunio	€ 50	€ 10,80
Indennità giornaliera da infortunio	€ 100	€ 22,50
Indennità giornaliera da infortunio	€ 200	€ 44,10

CONTATTI

Per informazione sul piano sanitario e richiedere l'autorizzazione alle prestazioni in assistenza diretta, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:



Rete fissa e cellulare **800.991.775**



Estero **+39.0422.17.44.217**

Per trasmettere eventuale documentazione, richiesta dagli operatori di Centrale Operativa e afferente l'autorizzazione all'accesso alle prestazioni di assistenza diretta, si potrà utilizzare:



Fax **+39.0422.17.44.717**



Email assistenza.inarcassa@previmedical.it