

Generali Italia S.p.A.

GENERASALUTE RSM

Contratto di assicurazione malattie per aziende
Rimborso Spese Mediche

(Mod. M85/854.Inarcassa Base-ed. 01/2026)

Inarcassa – 450386092

C.I.G. B768BC5731

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie - Rimborso spese mediche

In conformità alla procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi riferiti alla copertura delle spese sanitarie e della garanzia infortuni a favore degli associati di Inarcassa e delle coperture delle spese sanitarie a favore del personale di Inarcassa C.I.G. B768BC5731, la presente polizza numero 450386092 viene stipulata tra Inarcassa e Generali Italia SpA recependo il Capitolato allegato della predetta procedura.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

PIANO SANITARIO “BASE”

**Iscritti e pensionati Inarcassa Copertura Grandi Interventi
e Gravi Eventi Morbosi**

Definizioni	pag.	2
Soggetti assicurati	pag.	8
Oggetto dell’assicurazione e garanzie base	pag.	8
Garanzie principali	pag.	9
Garanzie accessorie	pag.	11
Garanzie Minori e Pacchetto Maternità	pag.	15
Teleconsulto e Welion card	pag.	16
Denuncia e liquidazione dei sinistri	pag.	18
Condizioni generali di assicurazione	pag.	22
Allegato A) - Elenco Grandi Interventi Chirurgici	pag.	27
Allegato B) - Elenco Gravi Eventi Morbosi	pag.	30

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

DEFINIZIONI

Ai fini della presente della Polizza ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato.

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 (dalle ore 00:00 del 1° gennaio fino alle ore 24:00 del 31 dicembre) in cui opera la copertura prevista dalla Polizza e in relazione al quale sono applicati, salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto, i massimali di Polizza.

Assicurati

Ciascuno dei soggetti il cui interesse è protetto dall’Assicurazione come meglio precisato e nei limiti di cui all’art. 1 della Polizza.

Assicuratore o Società

Generali Italia S.p.a. che stipula la Polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

Assicurazione o Contratto o Polizza

Il presente contratto di assicurazione collettiva sottoscritto da Inarcassa per conto altri con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a tenere indenne l’Assicurato, secondo i termini ed entro i limiti qui stabiliti, dei danni ad esso prodotti dal verificarsi di un Sinistro mediante l’erogazione della prestazione assicurativa.

Assistenza diretta

La modalità di erogazione delle prestazioni assicurative per la quale le spese coperte dall’Assicurazione sono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie Convenzionate o Personale Sanitario Convenzionato, appartenenti al Network come del caso; in tal caso, quindi, l’Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza senza anticipare la relativa spesa e delegando l’Assicuratore al pagamento in sua vece di tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture o dal personale, appartenenti al Network nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante ai sensi della Polizza. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dal Network e solo previa autorizzazione dalla Centrale Operativa su richiesta dell’Assicurato, fatti salvi i casi di Urgenza.

Assistenza indiretta

La modalità di erogazione della prestazione assicurativa per la quale le spese coperte dall’Assicurazione relative alle prestazioni sanitarie ricevute vengono rimborsate dalla Società all’Assicurato; in tal caso, quindi, l’Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla Polizza anticipando la relativa spesa e, quindi, pagando direttamente tali spese in base alle fatture emesse dalle Strutture Sanitarie o dal Personale Sanitario, come del caso, e la Società rimborsa all’Assicurato tale spesa nei limiti della copertura assicurativa a lui spettante. Tale modalità di erogazione trova applicazione presso le Strutture Sanitarie e il Personale Sanitario non appartenenti al Network e, nei casi in cui l’Assicurato non abbia tempestivamente richiesto, per la prestazione sanitaria, l’attivazione dell’Assistenza Diretta, anche presso le Strutture Sanitarie Convenzionate e il Personale Sanitario Convenzionato, con espressa esclusione, in tale ultima ipotesi, dei casi di Urgenza.

Assistenza Infermieristica

L’assistenza infermieristica prestata da personale in possesso di specifico diploma o titolo equipollente.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Carenza/Termini di aspettativa

Il periodo di tempo che intercorre tra la data di efficacia dell’Assicurazione e la decorrenza delle garanzie coperte dall’Assicurazione.

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 Assicurato per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologia remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa

Struttura gestita da GENERALI WELION S.C.A.R.L., in funzione dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00 (festivi inclusi) che, in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A., al contatto con l’Assicurato per cui sono attive le rispettive Garanzie per l’organizzazione ed erogazione dei servizi di prevenzione e consulenza e delle prestazioni sanitarie garantite dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti, utilizzando allo scopo anche soggetti terzi che, per i servizi per cui è indicato nelle Condizioni di assicurazione, sono operativi h 24 e in determinati casi si avvalgono anche di personale medico.

Commissione Tecnica

La Commissione Tecnica composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall’Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l’Assicuratore, avente le funzioni previste dall’art. 22 di cui al presente Contratto.

Contraente

Inarcassa che stipula la polizza per conto altrui ed a beneficio degli Assicurati.

Convenzione

Il contratto sottoscritto tra Inarcassa e la Società che, insieme alla presente Polizza e agli altri atti della gara CIG B768BC5731, regola i rapporti tra le parti, ivi inclusa l’Assicurazione e le modalità di adesione alla Polizza in tutti i suoi aspetti.

Data Evento

Salvo quanto diversamente previsto di volta in volta nel Contratto: (i) per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; (ii) per le altre prestazioni sanitarie previste dalla copertura, si intende la data in cui la prestazione sanitaria è stata effettivamente effettuata.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.

DIP

Documento Informativo Precontrattuale contenente informazioni per il prodotto assicurativo danni per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche.

DIP aggiuntivo

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo contenente informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle ottenute nel Dip per aiutare il potenziale contraente a capirne le caratteristiche ancor più nel dettaglio.

Documento di Polizza

Documento che prova l’assicurazione.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Evento

Il Ricovero, Day Hospital, e altra prestazione sanitaria, la condizione di salute, Malattia o Infortunio e l'esigenza diagnostica, di prevenzione (incluse le prestazioni di check-up o di assistenza), nonché ogni altro evento coperto dalla Polizza come indicato all'art. 2 del Contratto.

Follow up oncologico

Il follow-up è l'insieme delle prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia.

Garanzie Base

Le coperture assicurative oggetto della presente Polizza come indicate all'art. 2 del Contratto.

Garanzia Base Facoltativa

La copertura assicurativa opzionale collegata alla presente Polizza che consiste nell'estensione delle Garanzie Base al Nucleo Familiare nei limiti di volta in volta previsti dal Contratto e che l'Assicurato può richiedere mediante relativa adesione e previo pagamento del relativo Premio.

Grandi Interventi chirurgici (G.I.C.)

Gli interventi elencati nell'apposito allegato al Contratto (ALLEGATO A).

Gravi Eventi Morbosi (G.E.M.)

Gli eventi elencati nell'apposito allegato al Contratto (ALLEGATO B).

Immobilizzazione

Qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee, conseguente all'infortunio che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso, prescritti dallo specialista ortopedico, e/o che preveda un divieto di carico.

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società, ai sensi dell'art. 2.2, lett. D) del Contratto, in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

Indennità giornaliera da infortunio

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di infortunio che comporti ricovero, ingessatura o immobilizzazione dell'assicurato, ai sensi dell'art. 2.2, lett. M) del Contratto.

Indennizzo

L'importo monetario dovuto dalla Società in caso di Sinistro, il cui pagamento, in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto, o in forma di indennità, come previsto dal Contratto, rappresenta la prestazione assicurativa del Contratto.

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.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero (pubblici o equiparati, privati accreditati, privati non accreditati), 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.

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 complessivamente indennizzabile ai sensi di Contratto per ciascun Assicurato ovvero per ciascun Nucleo Familiare, compreso l'Assicurato, ove la Polizza sia estesa anche al Nucleo Familiare secondo l'opzione prescelta, per uno o più Sinistri nel corso dello stesso Anno Assicurativo.

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dalla Agenzia Italiana del Farmaco o dalle Agenzie internazionali alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Network Strutture Convenzionate o Network

L'insieme delle strutture sanitarie (istituti di cura, ambulatori medici, studi dentistici e odontoiatrici) convenzionate con, o per il tramite di, Welion per conto di Generali Italia, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per l'accesso alle prestazioni sanitarie o odontoiatriche previste dalla polizza.

Nucleo familiare

I componenti della famiglia composta dall'Assicurato, dal coniuge, o parte di unione civile o convivente more uxorio, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge, o convivente more uxorio o parte di unione civile, anche non conviventi.

Personale Inarcassa in quiescenza

I dipendenti ed i dirigenti alle dipendenze di Inarcassa in quiescenza

Personale Sanitario

I professionisti sanitari, ivi inclusi medici specialisti e odontoiatri, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

Personale Sanitario Convenzionato

Il Personale Sanitario appartenente al Network, al quale l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Piastra chirurgica

Struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti, di norma le funzioni per il pre-intervento (pre-anestesia), assistenza anestesiologica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione. Relativamente alla facoltà di estensione della Polizza, con onere a proprio carico, a favore del Nucleo Familiare, la somma dovuta dall'Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo per l'acquisto della Garanzia Facoltativa che prevede tale estensione. Relativamente alla facoltà del pensionato non iscritto ad Inarcassa, di cui al punto a), dell'art. 1.1 del Contratto, di aderire alla Polizza, con onere a proprio carico, la somma da questi dovuta, quale Assicurato, alla Società a titolo di corrispettivo dell'Assicurazione.

Prestazione extraospedaliera

Prestazione sanitaria, sociosanitaria o riabilitativa erogata al di fuori delle strutture ospedaliere. La prestazione extraospedaliera ha l'obiettivo di garantire cure, riabilitazione e assistenza continuativa senza necessità di ricovero ospedaliero.

Retta di degenza

Corrispettivo per il trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica in caso di Ricovero.

Ricovero

Degenza, attestata da idonea documentazione, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).

Rischio

Probabilità che si verifichi un Sinistro.

Set Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto almeno da: DIP (Documento Informativo Precontrattuale), DIP Aggiuntivo (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo), Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

Scoperto

L'importo in valore percentuale (comunque ricompreso tra un importo minimo in misura fissa, cd. Scoperto minimo, e un importo massimo in misura fissa, cd. "Scoperto massimo"), stabilito dal presente Contratto, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro indennizzabile.

Sinistro

Il verificarsi dell'Evento per il quale è prestata l'Assicurazione ed è dovuta la prestazione assicurativa nei termini e condizioni del Contratto.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale e strutture accreditate con lo stesso.

Strutture Sanitarie

Istituti di cura, anche a carattere scientifico (IRCCS), centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza.

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, compreso il trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o per il rientro alla propria abitazione.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Prestazioni di medicina riabilitativa, ad opera di personale sanitario fornito di laurea o specifico diploma, tesa a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni indennizzabili a termini di Polizza. Devono essere prescritte da medico specialista ed effettuate da Istituto di Cura, Centro Medico, medico specialista o studio professionale regolarmente autorizzato.

Urgenza

Casi di urgenza medico sanitaria debitamente certificati dal medico e/o nei quali vi sia stata impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa rispettando il preavviso previsto dal Contratto.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

Welion

GENERALI WELION S.C.A.R.L., appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., che in virtù di specifico accordo, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia, tramite la propria centrale operativa, al contatto con l'Assicurato per l'organizzazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie, con le modalità ed entro i diversi limiti previsti nel contratto, nonché agli ulteriori servizi di prevenzione e consulenza presso le Strutture Sanitarie Convenzionate.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

SOGGETTI ASSICURATI

Art. 1 – Soggetti assicurati

1.1 Assicurati.

Sono Assicurati ai fini della presente Polizza, e pertanto le relative Garanzie Base sono prestate a loro favore, tutti gli iscritti ed i Pensionati Iscritti ad Inarcassa, ingegneri ed architetti liberi professionisti secondo le regole di inclusione ed esclusione di cui all'art. 10 che segue.

Sono esclusi dalle coperture delle Garanzie Base:

- a) i pensionati non iscritti ad Inarcassa beneficiari di pensione diretta o indiretta (reversibilità o ai superstiti) o di trattamenti in totalizzazione o cumulo, salvo che non aderiscano facoltativamente alla Polizza come indicato al successivo articolo 1.2.;
- b) i professionisti che, alla data del 15 ottobre dell'anno che precede la decorrenza della copertura assicurativa della Polizza, non risultano in regola con gli obblighi di dichiarazione e di pagamento dei contributi previdenziali verso Inarcassa ai sensi dell'art. 2 del Regolamento Generale Assistenza di Inarcassa. Ai fini della copertura assicurativa è considerato irregolare il professionista che abbia pendente un ricorso amministrativo o giurisdizionale relativi agli obblighi di cui sopra. L'esclusione dalla copertura assicurativa della Polizza ha effetto per l'Anno Assicurativo successivo a quello in cui è svolta la verifica ed accertata l'irregolarità. L'associato a Inarcassa che regolarizza la posizione contributiva entro il 15 aprile dell'Anno Assicurativo ha diritto alla copertura assicurativa della Polizza a partire dal secondo semestre del medesimo Anno Assicurativo.
- c) i beneficiari di rendita ex art.6 L. 1046/71 e dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25, paragrafo 11° e 12° della L. 6/81.

1.2 Adesione facoltativa pensionati non iscritti e personale di Inarcassa in quiescenza.

I pensionati non iscritti di cui al precedente punto a), ed il personale di Inarcassa in quiescenza possono aderire in ciascun Anno Assicurativo alla presente Polizza, facoltativamente e a proprie spese con pagamento del relativo Premio a proprio carico. In caso di adesione, i pensionati non iscritti ed il personale Inarcassa in quiescenza divengono Assicurati e trovano applicazione tutte le previsioni del Contratto di polizza (ivi inclusa la facoltà di estensione al proprio Nucleo Familiare). Le modalità di adesione sono stabilite all'art. 10 che segue.

1.3 Estensione al Nucleo Familiare (Garanzia Base Facoltativa)

Ciascun Assicurato che goda delle Garanzie Base, come sopra identificato, potrà in ciascun Anno Assicurativo estendere a proprie spese, con pagamento del relativo Premio a proprio carico, le Garanzie Base a favore del proprio Nucleo Familiare, fermi i limiti di copertura applicabili al Nucleo Familiare di volta in volta specificati nel presente Contratto. Con riferimento all'adesione alla Garanzia Base Facoltativa, trovano applicazione i termini e le condizioni di cui all'art. 10 che segue.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E GARANZIE BASE

Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione e massimali assicurati

L'Assicurazione opera, nei termini e condizioni di cui al presente Contratto, in caso di:

- Ricovero per Grandi Interventi, come indicati all'Allegato A (coperti da Garanzie Base principali A e Garanzie Base accessorie da D a H);
- Ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare per Gravi Eventi Morbosi, come indicati all'Allegato B (coperti da Garanzie Base principali B e Garanzie Base accessorie da D a H);
- Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di Ricovero, Day Hospital, ambulatoriale o domiciliare) e follow-up oncologico (coperti da Garanzie Base principali C e Garanzie Base accessorie da D a H);

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

- Ricovero con Indennità Sostitutiva (coperti da Garanzia Base Indennità Sostitutiva D);
- Prevenzione (coperti da Garanzie Base per Prevenzione I);
- Dread Disease (coperta da Garanzia Base L);
- Infortuni che comportino Ricovero, Ingessatura o Immobilizzazione (coperti da Garanzia Base Indennità Giornaliera da Infortunio M);
- Interventi e cure per la correzione di Malformazioni e Difetti Fisici Congeniti e diagnosi di Trisomia 21 (sindrome di Down) di neonati del Nucleo Familiare (coperti da Garanzia Base Minori N e O);
- Pacchetto Maternità (coperto da Garanzia Base P);
- Teleconsulto e Welion Card (coperti da Garanzia Base Q e R).

La copertura opera a condizione che i suddetti Eventi assicurati si verifichino in vigenza di Polizza e a tal fine va considerata la Data Evento. In particolare, sono coperti gli eventi che si verificano dopo la data di decorrenza della Polizza o, se successiva, comunque dopo la data di inserimento in copertura dell'Assicurato, fatto salvo quanto diversamente specificato di volta in volta nel Contratto.

La copertura assicurativa della Polizza è prestata fino a concorrenza della somma massima di Indennizzo di **euro 500.000,00** per ciascun Assicurato e per ogni Anno Assicurativo, a prescindere dal numero di Sinistri occorsi nel medesimo Anno Assicurativo (Massimale di Polizza).

In caso di estensione della copertura assicurativa della Polizza a favore dei componenti del Nucleo familiare dell'Assicurato (Garanzia Base Facoltativa), il predetto Massimale di Polizza resta unico ed è dunque pari a **euro 500.000,00** per l'intero Nucleo Familiare per Anno Assicurativo, compreso l'Assicurato. Inoltre, nel caso in cui l'Assicurato aderisca a tale Garanzia Base Facoltativa, l'eventuale presenza di sottolimiti di Indennizzo va anch'essa intesa per l'intero Nucleo Familiare e per Anno Assicurativo.

2.1 GARANZIE PRINCIPALI

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

Nell'ambito dei Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici, sono garantite le seguenti spese, rispetto alle quali l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante erogazione di Indennizzo in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto ai sensi dell'art. 5 all'8 che seguono:

- 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, esami ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni bioptiche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di Cura nei **120** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati ivi incluse le spese per cure, accertamenti ed interventi preparatori al Grande Intervento principale assicurato ai sensi della Polizza o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi (a titolo esemplificativo e non esaustivo: indagini diagnostiche strumentali TC/RMN *pre-staging* di malattia, esami di ristadiazione pre-intervento, esami endoscopici come EGDS, colonoscopia, colangio-pancreatografia endoscopica retrograda, indagini molecolari e valutazioni genetiche tumori mammari);
- f) spese sostenute nei **120** giorni **successivi** alla data di dimissione del ricovero, effettuate anche al di fuori dell'istituto di Cura, per prestazioni sanitarie, visite specialistiche, esami, ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche, fisioterapiche e/o riabilitative,

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

infermieristiche ambulatoriali e domiciliari, farmacologiche, agopuntura, medicinali, 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 resi necessari dall'intervento principale e comunque ad esso connessi, compresi i ricoveri successivi dovuti a complicanze della patologia originaria connesse all'evento principale, anche in assenza di ulteriore intervento chirurgico.

Sono comprese, anche oltre il limite temporale dei 120 giorni, le spese per ricoveri di cui alle lettere a), b), c), d), dell'art. 2.1 lettera A):

- i) correlati all'evento principale, complementari o di revisione necessari per completare l'iter terapeutico (a titolo esemplificativo e non esaustivo: ricanalizzazione anastomotica post stomia, rimozione stent uretrali, rimozione mezzi di sintesi);
- ii) per una nuova esigenza di cura derivante dal primo evento già tutelato;
- iii) per le recidive.

Ai fini di cui alla presente lettera f) sono escluse le spese per ricoveri effettuati esclusivamente per terapie fisioterapiche e/o riabilitative.

- g) spese per 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;
- h) spese per cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di **euro 15.000,00** per evento, anche se non sono effettuate in regime di ricovero;
- i) per i seguenti interventi chirurgici, se indennizzabili a termine di polizza e anche nei casi in cui gli interventi sono resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni:
- interventi per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso, caviglia) 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 **euro 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.
 - degli interventi per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso, caviglia) includendo il costo della protesi, per i quali è previsto il rimborso delle spese fino ad un massimo di **euro 5.000,00** per intervento.

B) Gravi Eventi Morbosi (previsti nell'ALLEGATO B) che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico o di trattamento medico domiciliare o ambulatoriale

Nell'ambito dei Ricoveri (senza intervento chirurgico) per Gravi Eventi Morbosi e dei trattamenti medico domiciliari o ambulatoriali per Gravi Eventi Morbosi, sono garantite le seguenti spese, rispetto alle quali l'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato, mediante erogazione di Indennizzo in regime di Assistenza Diretta o Assistenza Indiretta o misto ai sensi dell'art. 5 all'art. 8 che seguono.

In caso di ricovero:

- a) rette di degenza;
- b) spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 60 giorni precedenti il ricovero

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

- purché correlate all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d) spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche fisioterapiche e/o riabilitative, farmacologiche, agopuntura, medicinali, 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. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per complicanze della patologia originaria connesse all'evento principale.

Sono comprese, anche oltre il limite temporale dei 120 giorni, le spese per ricoveri di cui alle lettere a), b), dell'art. 2.1, lettera B):

- i) correlati all'evento principale, complementari o di revisione necessari per completare l'iter terapeutico;
- ii) per una nuova esigenza di cura derivante dal primo evento già tutelato;
- iii) per le recidive.

Tali spese post ricovero di cui alla lettera d) vengono rimborsate entro il limite massimo di **euro 16.000,00** per evento, intendendo per evento il ricovero principale.

Ai fini di cui alla presente lettera d) sono escluse le spese per ricoveri effettuati esclusivamente per terapie fisioterapiche e/o riabilitative.

In caso di trattamento domiciliare o ambulatoriale sono riconosciute:

- e) entro un limite massimo di **euro 16.000,00** per anno, le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, fisioterapiche e/o riabilitative, farmacologiche, medicinali, 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) entro un limite massimo di **euro 15.000,00** per evento, con o senza ricovero, le spese per Cure palliative e terapia del dolore, compresa l'agopuntura.

C) Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day-hospital, ambulatoriale o domiciliare) - follow up oncologico - sospetto diagnostico

Nel caso di malattia oncologica e/o di recidiva, non altrimenti indennizzabile in base ai paragrafi A) e B), la Società si fa carico delle 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, agopuntura, terapie radianti e laser comunque effettuate.

Inoltre, entro il limite di **euro 2.500,00** per anno, la Società tiene indenne l'assicurato:

1. delle spese per esami e controlli da follow up oncologici: l'Assicuratore rimborsa o prende in carico, su prescrizione di medico specializzato in oncologia, le prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia;
2. delle spese sostenute per accertamento diagnostico e/o intervento chirurgico ambulatoriale conseguenti a sospetto diagnostico tumorale certificato da un Medico specialista in oncologia, con rimborso totale dell'importo sostenuto, sia nel caso di esame istologico positivo che negativo.

Le spese di cui al punto 1. e 2. sono coperte purché effettuate presso Strutture del Network e del SSN senza applicazione di scoperti. Limitatamente all'intervento chirurgico ambulatoriale di cui al punto 2 si applica uno scoperto di **euro 100,00**.

2.2. 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 140,00 per ogni giorno di ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) e per un massimo

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

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. L’indennità è riconosciuta anche per i giorni di seduta chemioterapica o radioterapica effettuata in via ambulatoriale in Istituto di Cura a totale carico del SSN e per la quale non sia stato richiesto rimborso per le spese relative al ricovero.

La presente garanzia non opera a favore dei pensionati non iscritti e il personale Inarcassa in quiescenza e dei loro Nuclei familiari che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base facoltativa.

E – Assistenza infermieristica

La Società indennizza le spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo massimo di euro 2.600,00 per Anno Assicurativo.

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 3.500,00 per Anno Assicurativo, 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 per anno assicurativo, purché attinenti a sinistro risarcibile a termini di polizza.

H – Rientro salma

La società indennizza le spese di rientro della salma al luogo di residenza ovvero al diverso luogo indicato dagli aventi causa, fino a concorrenza di un importo massimo di euro 7.500,00 per evento, in caso di decesso conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza.

I – Prevenzione

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione a scelta tra quelle riportate ai punti a), b), c) che seguono, una volta nel biennio in un’unica soluzione, in strutture del Network, scelte dall’Assicurato fra quelle adeguatamente attrezzate ai sensi dell’art. 5 che segue, senza necessità di prescrizione medica, in regime di assistenza diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa. Qualora la struttura prescelta non sia in grado di offrire in unica soluzione tutte le prestazioni, l’assicurato potrà richiedere di effettuare le restanti presso altra struttura anche in giorni diversi, fermo l’obbligo di richiesta contestuale di apertura della pratica.

La Società mette ordinariamente a disposizione, per la prevenzione biennale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia o Ente territoriale equiparato.

Nel caso in cui non sia disponibile una struttura per l’effettuazione della totalità o una parte delle prestazioni di cui al presente articolo nel territorio della provincia o ente territoriale equiparato, la Società si impegna a consentire all’Assicurato, a sua scelta, di richiedere tali prestazioni in regime di assistenza indiretta presso strutture anche non convenzionate e situate nella medesima provincia o in una provincia limitrofa, nei limiti previsti dal presente articolo.

Le garanzie di cui al presente articolo sono prestate fino alla concorrenza di un massimale di **euro 1.000,00,00** per periodo assicurativo biennale e trova applicazione uno scoperto del 20% sul valore complessivo della prenotazione.

Nel caso in cui l’Assicurato, per l’effettuazione delle prestazioni di cui al presente articolo si avvalga esclusivamente del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket a carico dell’Assicurato, nel limite del massimale biennale di cui al punto che precede, ancorché non fruite in unica soluzione.

Le garanzie del presente articolo sono riservate agli Assicurati di cui all’art. 1.1 e non sono estendibili agli assicurati di cui ai punti 1.2 e 1.3.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

a) PREVENZIONE BASE

- Alanina aminotransferasi (ALT e AST)
- Aspartato aminotransferasi (GOT)
- Azotemia
- Colesterolo totale o colesterolemia
- Colesterolo HDL
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma Glutammil - Transpeptidasi (Gamma GT)
- Glucosio o glicemia
- Prelievo venoso in ambulatorio
- Ricerca sangue occulto fecale
- Tempo di protrombina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Trigliceridi
- Urea
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)

b) PREVENZIONE DIAGNOSTICA E VISITE

b.1 – Diagnostica

- 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 quota di prestazione diagnostica
- Colonscopia virtuale
- Ecografia addome completo o Eco prostatica
- Ecografia mammaria
- Ecografia testicolare
- Ecografia transvaginale
- Ecocolordoppler venoso agli arti inferiori
- Gastroscopia
- Mammografia
- MOC
- ECG da sforzo

b.2 Prevenzione Donna

Donne senza limiti di età:

- Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)
- Visita ginecologica
- Visita cardiologia + ECG

Donne tra 30 e 39 anni di età:

- Test HPV (Papilloma Virus)

Donne over 40:

- Visita senologica

Donne over 50 anni di età:

- Indagini di laboratorio specifiche: creatinina; calcio; fosforo; fosfatasi alcalina; PTH; vitamina D

b.3 - Prevenzione Uomo

Uomo senza limiti di età:

- Visita cardiologia + ECG
- Antigene Prostatisco Specifico (PSA)
- Visita urologica

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

c) SINDROME METABOLICA

Nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, la Società provvede all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con le modalità di cui al presente articolo I), indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione e senza necessità di prescrizione medica:

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi
- Curva glicemica
- Doppler carotideo
- Ecocardiogramma
- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo)

d) Prevenzione odontoiatrica

Ciascun Assicurato (iscritto e componenti del nucleo familiare) può effettuare una seduta di igiene orale per anno assicurativo presso centri odontoiatrici convenzionati con Generali Welion . La prestazione potrà essere frutta in forma diretta – previa prenotazione – restando a carico dell'Assicurato unicamente l'importo della franchigia di € 35 da saldare presso la struttura prescelta al momento di fruizione della prestazione.

L) Dread Disease

La Società corrisponde all'assicurato, fermo quant'altro previsto, un'indennità una tantum di **euro 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 (incidente cerebro-vascolare acuto):** emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
3. **Impianto cardiaco di stent o by-pass**
4. **Angioplastica**
5. **Insufficienza renale con dialisi**
6. **Impianto o sostituzione di protesi valvolare cardiaca**
7. **Trapianto di organi**

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.

Per prima diagnosi dell'evento si intende la data del ricovero o, comunque, la data del trattamento per il quale viene riconosciuta la Dread Disease. Per quanto riguarda la previsione “insufficienza renale con dialisi” la prestazione è dovuta in coincidenza del primo trattamento dialitico effettuato in vigenza di polizza.

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: i) una sola volta per evento e per persona assicurata per gli eventi per i punti sub 1 e 2; ii) una sola volta per anno assicurativo per gli eventi di cui ai punti da 3, 4, 6 e 7; iii) una sola volta all'insorgenza dell'evento di cui al punto sub 5.

La presente garanzia non è estensibile al Nucleo familiare e non opera a favore dei pensionati non iscritti e del personale Inarcassa in quiescenza che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base Facoltativa

La garanzia è cumulabile con l'indennità sostitutiva di cui alla lett. D.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

M) Indennità giornaliera da infortunio

In caso di Infortunio che comporti un ricovero, un’ingessatura e/o un’immobilizzazione, la Società corrisponde una indennità giornaliera (diaria), nel limite di 40 giorni per sinistro e di 100 giorni per Anno Assicurativo.

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

- **Ricovero**

euro 60,00 per ciascun giorno di effettiva permanenza nell’istituto di cura (compresi quello iniziale e quello finale);

- **Ingessatura**

euro 60,00 per ciascun giorno di ingessatura a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa;

- **Immobilizzazione**

euro 60,00 per ciascun giorno di effettiva Immobilizzazione.

L’indennità giornaliera è dovuta per il numero dei giorni prescritti dallo stesso specialista fino alla cessazione dello stato di Immobilizzazione totale o parziale.

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 estensibile al Nucleo familiare. La garanzia non opera a favore dei pensionati non iscritti e del personale Inarcassa in quiescenza che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base facoltativa.

Il diritto all’indennità per la presente garanzia è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Resta ferma la trasmissibilità agli eredi degli importi dell’indennità il cui diritto fosse già maturato, in capo al *de cuius*, alla data del suo decesso.

2.3 GARANZIA MINORI E PACCHETTO MATERNITÀ'

Le garanzie di cui alle successive lettere N e O sono tra loro cumulabili e sono accessibili indipendentemente dall’estensione della Polizza Base al Nucleo familiare.

N) Tutela neonati

I neonati, nati in vigenza di polizza, sono assicurati dal momento della nascita con decorrenza immediata. Sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite massimo di **euro 10.000,00**.

O) Trisomia 21 – Sindrome di Down

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, anche qualora la nascita non sia avvenuta in vigenza di Polizza, la presente garanzia prevede l’erogazione di un’indennità pari a **euro 3.000,00 una tantum**. La garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all’assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21.

P) Pacchetto Maternità

La società garantisce alle assicurate le seguenti prestazioni del Pacchetto maternità effettuate in Strutture del Network scelte dall’Assicurato, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa e con un massimale annuo è di **euro 1.500,00**:

1. massimo otto ecografie (compresa la morfologica)
2. analisi clinico chimiche da protocollo di Gravidanza previsto dal Ministero della Salute e, comunque, tutte quelle prescritte da Medico Specialista in Ginecologia
3. un esame a scelta fra Amniocentesi, Villocentesi o Test del DNA fetale o test equivalente (con sotto limite di **euro 600,00**)
4. massimo otto visite di controllo ostetrico ginecologiche
5. una ecocardiografia fetale
6. una visita di controllo ginecologico post parto

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

7. massimo due visite urologiche
8. un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto.

In caso di estensione della Polizza al Nucleo Familiare, le prestazioni di cui alla presente garanzia potranno essere fruite, con le modalità e nei limiti sopra indicati, esclusivamente dall'Assicurato o dal soggetto che riveste lo status di coniuge, convivente more uxorio o parte di unione civile rispetto all'Assicurato.

2.4 TELECONSULTO E WELION CARD

Q) Teleconsulto

L'Assicurato può ricorrere gratuitamente al servizio di consulenza medica tramite telefonata o videochiamata:

- Per una consulenza medica di medicina generale e pediatria
- Se il medico, secondo la sua valutazione professionale, lo ritiene necessario, al termine del consulto può anche prescrivere approfondimenti specialistici o diagnostici (ad esempio: visite, esami, accertamenti)
- Per ricevere informazioni su farmaci (composizione, controindicazioni) e tele-prescrizione di farmaci
- Per ricevere informazioni su vaccinazioni obbligatorie per la legge italiana e vaccinazioni consigliate in caso di viaggi o trasferte all'estero
- Per avere indicazioni sul presidio ospedaliero più vicino

Il teleconsulto è attivo 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, senza limiti di utilizzo, chiamando il numero 800 166 110.

R) Welion Card

L'Assicurato può accedere al network delle Strutture mediche Convenzionate e beneficiare delle tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie convenzionate con la singola struttura.

Le agevolazioni sono disponibili identificandosi in fase di prenotazione come Assicurati Generali e presentando alla struttura la card (disponibile nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali) e un documento di identità in corso di validità.

L'elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Le specializzazioni offerte da ciascuna struttura a tariffe agevolate sono consultabili nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosì

Art. 3 - Scoperti 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 A. Scoperti per Assicurati di cui all’art. 1.1 – Iscritti e Nucleo familiare in caso di estensione delle coperture

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in istituto di cura convenzionato	10%	€ 500,00	€ 3.000,00
3	R	Ricovero in istituto di cura non convenzionato	15%	€ 1.000,00	€ 8.000,00
4	DH	Day-Hospital in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5	DH	Day-Hospital in istituto di cura convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
6	DH	Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	15%	€ 100,00	€ 500,00
7	PM	Personale sanitario a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8	PM	Personale sanitario convenzionato	10%	€ 500,00	€ 3.000,00
9	PM	Personale sanitario non convenzionato	15%	€ 1.000,00	€ 8.000,00

Tabella B. Scoperti per Assicurati di cui all’articolo 1.2 - Pensionati non iscritti in adesione facoltativa e Nucleo familiare in caso di estensione delle coperture; Personale di Inarcassa in quiescenza in adesione facoltativa e Nucleo familiare in caso di estensione delle coperture

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in istituto di cura convenzionato	20%	€ 2.000,00	€ 17.500,00
3	R	Ricovero in istituto di cura non convenzionato	25%	€ 3.000,00	€ 25.000,00
4	DH	Day-Hospital in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5	DH	Day-Hospital in istituto di cura convenzionato	20%	€ 200,00	€ 1.750,00
6	DH	Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	25%	€ 300,00	€ 2.000,00
7	PM	Personale sanitario a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8	PM	Personale sanitario convenzionato	20%	€ 2.000,00	€ 17.500,00
9	PM	Personale sanitario non convenzionato	25%	€ 3.000,00	€ 25.000,00

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosì

In caso di mancata prenotazione del servizio di convenzionamento diretto per la Struttura sanitaria o per il personale sanitario tramite la Centrale Operativa, si applicano le condizioni di scoperto previste per il corrispondente servizio in regime “non convenzionato”, fatta eccezione per l’Urgenza. Gli scoperti si applicano una sola volta sull’insieme delle spese sostenute comprese le spese pre e post ricovero.

Non si applicano gli scoperti di cui alle tabelle precedenti per le Garanzie Accessorie previste dall’art. 2 lettere D, E, F, G, H, I, L, M, N, O e P.

Per le prestazioni in forma indiretta riferite a cicli di terapia rientranti in un unico piano di cure terapeutico o riabilitativo, anche se somministrato in sedute multiple, si applica un solo scoperto. In caso di ricorso al regime indiretto, **la presentazione della richiesta di rimborso equivale di fatto alla conclusione del ciclo di cura**; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l’applicazione di un nuovo scoperto.

Le spese per intervento chirurgico, anche ambulatoriale, in strutture del Network o presso una struttura del SSN, finalizzato ad accertare la diagnosi tumorale, sono rimborsate senza applicazione di scoperti.

DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 4 - Accesso alle strutture sanitarie

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

- i. alle strutture aderenti al Network;
- ii. alle strutture Sanitarie Private non aderenti al network;
- iii. alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;
- iv. alle strutture in regime misto.

Art. 5 - Richieste di Indennizzo

A. Richiesta di Indennizzo in caso di Assistenza Diretta

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l’Assistito dovrà preventivamente essere autorizzato. L’autorizzazione si ottiene contattando la Centrale Operativa di Generali Welion tramite:

- portale web;
- numero verde dedicato.

Modalità di Autorizzazione

Portale web: L’Assistito può collegarsi al portale web dedicato accessibile tramite **Area Clienti dal sito www.generali.it o dall’App MyGenerali** e seguire la procedura prevista per la richiesta di autorizzazione. Questo strumento consente una gestione rapida e tracciabile delle richieste, facilitando l’invio della documentazione necessaria.

Numeros verde dedicato: In alternativa, è possibile contattare direttamente la Centrale Operativa al numero **800 166 110 o dall'estero al +39 06 9727 0767, dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00 (festivi inclusi)**

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell’Assicurato è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione;
- contraente della polizza;
- recapito telefonico mobile - per l’invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione;
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione;
- data della prestazione;
- nominativo equipe medica;

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

- prescrizione o certificato medico attestante la diagnosi o presunta diagnosi.

La preventiva richiesta dell’Assicurato, l’invio della documentazione e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa sono condizioni indispensabili per l’operatività del pagamento diretto.

L’elenco delle Strutture mediche Convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it e sull’app MyGenerali.

1 - Ricoveri ed interventi chirurgici

L’Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata deve contattare la Centrale Operativa, con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive prima della data della prestazione, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell’equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine.

Tempistiche di autorizzazione e conferma

All’atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, entro 1 giorno successivo autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l’Assicurato del buon esito della pratica.

2 - Prestazioni pre e post ricovero

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero, l’Assicurato può chiedere l’attivazione dell’Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero risulti autorizzato dalla Centrale Operativa; relativamente alle prestazioni post-ricovero, l’Assicurato può chiedere l’attivazione dell’Assistenza diretta con l’invio della lettera di dimissione

3 - Garanzia di Prevenzione

Le prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso strutture convenzionate.

È possibile scegliere, prenotare e attivare le prestazioni sia singolarmente che in pacchetti omogenei.

Tutte le richieste devono essere effettuate tramite una procedura di autorizzazione unica da inoltrare tramite web/app o contact (via telefono), con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive prima della data della prestazione.

La prescrizione medica non è necessaria per attivare la procedura.

4 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni extraospedaliere

Qualora l’Assicurato necessiti di effettuare una prestazione extraospedaliere presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche. Vengono fatti salvi i casi di urgenza che la Centrale Operativa si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine.

Tempistiche di autorizzazione e conferma

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza entro 1 giorno la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

Nel caso in cui l’autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia l’Assicurato.

L’Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata affinché, una volta effettuati i controlli amministrativi e tecnico medici, possa essere rilasciata l’autorizzazione.

Documentazione necessaria per l’autorizzazione della diretta oltre a quella sanitaria

Alla prima richiesta su ogni assicurato viene richiesto di fornire il consenso alla privacy.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

In caso di consenso per altro assicurato maggiorenne è necessario allegare il documento firmato di delega e privacy disponibile nella sezione Documenti dell’Area Web dedicata.

In struttura

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente sulla tutela dei dati personali.

Qualora non vi sia corrispondenza tra la prescrizione comunicata telefonicamente in fase di richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa e la documentazione medica consegnata in struttura all'atto della prestazione, Generali si riserva di non autorizzare la presa in carico / rivalersi sull'assicurato per eventuali prestazioni non previste in copertura.

L'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate limitatamente a quanto autorizzato dalla Centrale Operativa e con l'applicazione dell'eventuale scoperto che resta a carico dell'assicurato.

B. Richieste di Indennizzo in caso di Assistenza Indiretta

Le richieste di Indennizzo, in caso di Assistenza Indiretta, per il rimborso da parte dell'Assicuratore delle spese per prestazioni sanitarie sostenute dall'Assicurato garantite dalla Polizza, sono presentate dall'Assicurato mediante invio all'Assicuratore di apposita denuncia di sinistro e richiesta di Indennizzo, corredata dalla documentazione indicata nella Tabella del successivo art. 8.

Qualora per uno stesso Evento l'Assicurato abbia presentato domanda ad Inarcassa di indennità per inabilità temporanea assoluta (c.d. “ITA”), Inarcassa avrà diritto di surrogare l'Assicurato nella richiesta della Indennità Sostitutiva e della Indennità da Infortunio alla Società.

Ai fini di cui sopra, l'Assicurato, o i suoi aventi diritto, conferiscono delega ad Inarcassa per procedere in proprio nome e per proprio conto a effettuare le denunce di sinistro;

C. Richieste di Indennizzo per le prestazioni in strutture del SSN

Nel caso di Ricovero in strutture del SSN o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del SSN, la garanzia sarà attivata in forma di Indennità Sostitutiva, ai sensi dell'art. 2.2 lettera D.

D. Richieste di Indennizzo in caso di regime “misto”

Qualora il convenzionamento con l'Assicuratore riguardi 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 con le modalità ed i limiti previsti per le prestazioni in regime di Assistenza Indiretta (lettera B che precede).

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi il personale sanitario 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 di Assistenza Indiretta (lettera B che precede).

Art. 6 - Termine per la domanda di rimborso

Le richieste di Indennizzo devono essere trasmesse dall'Assicurato alla Società entro 180 giorni dalla Data Evento. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate prima del Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le spese per prestazioni sanitarie effettuate dopo il Ricovero o Day Hospital, o in assenza di Ricovero o Day Hospital, il termine di 180 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

Art. 7 - Criteri di liquidazione

Le prestazioni coperte in garanzia sono liquidate come segue.

A. Pagamento diretto di prestazioni erogate tramite strutture aderenti al Network

È previsto il pagamento diretto da parte della Società alla struttura sanitaria e/o al personale medico del Network per le prestazioni erogate, nei limiti dei massimali previsti, previa prenotazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società secondo quanto indicato nelle tabelle scoperse di cui all'art. 3.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

La mancata attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società comporta il rimborso delle relative spese secondo quanto previsto per il regime di Assistenza Indiretta (v. art. 5, lett. B). Sono fatti salvi i casi di Urgenza.

B. Rimborso di prestazioni erogate in regime di assistenza indiretta

È 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 indicati nelle specifiche Tabelle del precedente art. 3, dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

C. Rimborso di prestazioni erogate tramite il SSN

Qualora, in connessione con il Ricovero, l’Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimbosserà integralmente tali importi all’Assicurato nel limite del massimale assicurato.

È sempre previsto il rimborso 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.

Nel caso di Ricovero in strutture del SSN e quindi con costo a completo carico del SSN, la garanzia sarà attivata in forma di Indennità Sostitutiva di cui all’art. 2.2 lettera D.

D. Rimborso di prestazioni in “regime misto”

Qualora la Convenzione con l’Assicuratore riguardi 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 di assistenza indiretta (lettera B).

Qualora la Convenzione con l’Assicuratore riguardi 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 di assistenza indiretta (lettera B).

Art. 8 - Modalità di rimborso in regime di assistenza indiretta

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in regime di assistenza indiretta o presso il SSN, l’assicurato deve effettuare la richiesta di rimborso tramite raccomandata A.R. contenente l’apposito modulo sottoscritto, in cui è indicato l’indirizzo, e la documentazione inerente al sinistro, oppure tramite internet o l’App “My Generali”. Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali Italia <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce “Area Clienti”.

In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all’applicativo <https://areaclienti.generali.it/>.

Attraverso un apposito processo guidato, l’assicurato può caricare i documenti riferiti al rimborso (fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate) in formato digitale.

Generali Italia effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all’Assicurato.

Per le spese sostenute all’estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall’Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Si riporta, di seguito, la tabella della documentazione necessaria in relazione agli specifici eventi.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Tipo prestazione	Documentazione utile per il rimborso
1) Indennità sostitutiva di ricovero per GIC e GEM	
1.1 ricovero fino a 10 giorni di degenza	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
1.2 ricovero oltre 10 giorni di degenza	Cartella clinica
2) Indennità giornaliera da infortunio	SDO (o certificazione equivalente) o certificato Pronto soccorso o certificazione medica equivalente al Pronto soccorso.
3) Dread Disease	SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
4) Spese sostenute pre e post ricovero G.I.C. e G.E.M., domiciliari e ambulatoriali:	
4.1 Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga) oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.2 Prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.3 Terapie radianti, chemioterapiche, follow-up oncologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.4 Cure palliative e terapia del dolore	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
5) Assistenza infermieristica	SDO e prescrizione medica; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso e la prescrizione medica
6) Trasporto sanitario	SDO; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso
7) Apparecchi protesici	Prescrizione medica
8) Rimpatrio di salma	Referto autoptico che certifichi la morte, oltre al verbale delle autorità in caso di decesso per infortunio

La Società procederà alla liquidazione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa (medica e di spesa) attinente al Sinistro.

Art. 9 - 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. 10 - Inclusione ed esclusione degli assicurati

A) Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno

Per gli Ingegneri ed Architetti liberi professionisti la cui iscrizione venga deliberata dalla Giunta Esecutiva di Inarcassa in data successiva alle ore 24.00 del 31/12/2025, e così successivamente entro il 31 dicembre di ciascun anno assicurativo, la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 del giorno di iscrizione. Fermo quanto appena indicato, in caso di iscrizione retroattiva la copertura assicurativa non potrà avere decorrenza anteriore al 1° gennaio dell'Anno Assicurativo in corso alla data del provvedimento di iscrizione.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosì

B) Inclusione di nuovi pensionati in corso d'anno

Per i pensionati non iscritti il cui pensionamento venga deliberato dalla Giunta Esecutiva di Inarcassa in data successiva alle ore 24.00 del 31/12/2025, e così successivamente entro il 31 dicembre di ciascun anno assicurativo, la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 dal giorno di decorrenza del pensionamento, previo pagamento del relativo premio. In caso di pensionamento retroattivo, per i medesimi pensionati non iscritti, la copertura assicurativa non potrà avere decorrenza anteriore al 1° gennaio dell’Anno Assicurativo in corso alla data del provvedimento di pensionamento, previo pagamento del relativo premio.

B1) Inclusione del personale Inarcassa in quiescenza

I dipendenti assicurati con il Piano Sanitario Dipendenti ed i dirigenti assicurati con il Piano Sanitario Dirigenti stipulati da Inarcassa che abbiano cessato il rapporto lavorativo per quiescenza a far data dallo 01/01/2024, o cessino nel corso dell’annualità assicurativa, potranno aderire al presente Piano a far data dalle ore 00.00 del 1° gennaio successivo e ad ogni 1° gennaio di ciascuna annualità assicurativa.

C) Esclusione di iscritti e pensionati iscritti in corso d'anno

Per gli iscritti la cui esclusione venga comunicata alla Società entro 5 giorni precedenti la scadenza del primo semestre di polizza la cessazione della copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 del 30 giugno dell’anno in corso. Di conseguenza in caso di esclusione nel corso del secondo semestre la copertura avrà comunque effetto fino alla scadenza dell’annualità assicurativa (ore 24:00 del 31 dicembre).

In presenza di una copertura del Nucleo familiare la medesima copertura rimane vigente per l’assicurato e i componenti del Nucleo familiare fino al 31 dicembre dell’anno assicurativo in corso. Analogamente, in caso di adesione alla Polizza Integrativa la copertura del Piano Base è estesa fino al 31 dicembre dell’anno assicurativo in corso.

D) Inclusione di familiari di iscritti, pensionati e personale Inarcassa in quiescenza comunicati all’Assicuratore all’inizio di ciascun Anno Assicurativo

Per i familiari degli iscritti, dei pensionati e del personale Inarcassa in quiescenza per i quali sia stata richiesta la copertura entro il 28 febbraio di ciascun Anno Assicurativo mediante adesione volontaria accedendo al seguente link <https://welfare.genuass.com/general/Inarcassa>, previo pagamento del premio annuo, la copertura avrà effetto a partire dalle ore 00.00 del 01 gennaio dell’Anno Assicurativo vigente. Le garanzie saranno fruibili in Assistenza diretta dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio annuo o retroattivamente dal 01 gennaio in Assistenza indiretta. La Società potrà chiedere copia dell’attestazione di pagamento. Il mancato rispetto delle modalità di adesione sopra descritte comporterà l'impossibilità di aderire al piano per l'Anno Assicurativo.

E) Inclusioni di familiari di neoiscritti e neopensionati in corso d'anno

Entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica attestante l’iscrizione o il pensionamento presso Inarcassa, il neoiscritto o neopensionato potrà includere il proprio Nucleo familiare mediante adesione volontaria accedendo al seguente link <https://welfare.genuass.com/general/Inarcassa> e dopo aver effettuato il pagamento del premio annuo, dimostrabile tramite apposita attestazione. La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

F) 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 (Base e Integrativa).

G) Cessazione della copertura dei familiari dell'ex iscritto o ex pensionato o dipendente Inarcassa in quiescenza

Nel caso di cancellazione dell’iscritto ad Inarcassa o di perdita del diritto a pensione in corso d’anno, l’eventuale copertura per i familiari assicurati cesserà alla prima scadenza annua di polizza.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Art. 11 - Limite di età

Per gli Assicurati di cui all'art. 1 non è previsto alcun limite di età.

Art. 12 - Operatività delle garanzie

Per tutti gli Assicurati, ivi compresi i Nuclei familiari eventualmente 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. Per eventi occorsi in vigenza di polizza, le Garanzie sono operanti anche successivamente alla scadenza della polizza stessa ed entro i suoi limiti e massimali, anche per le spese ad essi connessi rimborsabili ai termini di Polizza ai sensi dell'art. 2.1.

Art. 13 - 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 paraodontopatie 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. 14 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Gli Assicurati, residenti all'estero saranno ammessi in copertura esclusivamente nel caso in cui la Società sia autorizzata ad operare nel paese estero di residenza.

Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in euro.

Art. 15 – Polizza collettiva

La presente Polizza è prestata in forma collettiva e stipulata per conto altri ai sensi dell'art. 1891 c.c. Gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosì

Art. 16 – Durata della Polizza e recesso

La presente Polizza ha una durata di 2 anni con cadenza della copertura assicurativa annuale (Anno Assicurativo). Anche in deroga all’art. 1901 del Codice civile, la Polizza decorre dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2026 con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre 2027 senza soluzione di continuità alcuna rispetto alle coperture precedentemente in vigore, anche ove prestate da diverso assicuratore.

Art. 17 – Modifiche dell’Assicurazione

Eventuali modifiche al presente Contratto dovranno essere approvate da Inarcassa e dalla Società mediante atto scritto da esse sottoscritto, fermo restando che nessuna modifica potrà essere concordata al di fuori di quelle consentite e disciplinate dal codice dei contratti pubblici.

Art. 18 – Rinuncia alla surroga

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

Art. 19 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all’assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 20 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente deve comunicare all’Assicuratore l’esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente Polizza, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 1910 c.c.

L’Assicurato è esonerato dal dichiarare all’Assicuratore l’eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l’obbligo di darne avviso in caso di Sinistro.

Art. 21 – Legittimazione alla partecipazione ai giudizi

Inarcassa non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull’Indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all’Assicurato e all’Assicuratore.

Art. 22 – Commissione Tecnica

L’Assicuratore e Inarcassa procederanno alla costituzione di una commissione (“Commissione Tecnica”) composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall’Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l’Assicuratore.

Fermo restando il diritto di avvalersi di ogni rimedio e azione previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari applicabili, l’Assicurato potrà richiedere, che sia sottoposta alla Commissione Tecnica la risoluzione amministrativa di problematiche relative a controversie sull’interpretazione di clausole contrattuali della Polizza e di particolari sinistri oggetto di rifiuto, contestazione o ritardo mediante invio ad apposito recapito reso noto agli interessati tramite la documentazione di polizza. Le valutazioni rese dalla Commissione Tecnica devono essere recepite dalla Compagnia nella gestione dello specifico sinistro sottoposto alla Commissione.

Art. 23 – Mediazione, risoluzione delle controversie e foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie relative all’esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente Contratto, il foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio dell’Assicurato o dei suoi aventi diritto.

Per le controversie relative al Contratto, l’esercizio dell’azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un’istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al precedente paragrafo (artt. 4 e 5 del D. Lgs. 28/2010 come modificato dalla Legge 9 agosto 98/2013).

Art. 24 – Prescrizione

Ai sensi dell’art. 2952 cc i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 25 – Interpretazione delle Garanzie

Si conviene tra l’Assicuratore e il Contraente che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all’Assicurato su quanto previsto dalle condizioni tutte di Polizza.

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Art. 26 – Legge applicabile. Rinvio alle norme di legge

Il Contratto è soggetto alla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente previsto o derogato dalla presente Polizza, trovano applicazione le norme dell'ordinamento giuridico italiano.

Centrale Operativa

800 166 110

dall'Italia

+39 06 9727 0767

dall'estero

dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì alla domenica (festivi inclusi),

per informazioni sul piano di assistenza sanitaria è possibile inviare una mail all'indirizzo

assistenza.inarcassa@generali.com

L'Assicurazione

Il Contraente

PIANO SANITARIO "Base" - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

ALLEGATO A) Grandi Interventi Chirurgici

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, del cuore, il fibroma dell'utero e della prostata. 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. In caso di tumore alla mammella il costo della protesi ricopre le entrambe le mammelle anche se l'asportazione del tumore riguarda solo una di esse.

B. Interventi per trapianti: tutti, inclusi autotripianto 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, caviglia, 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;
- impianto, sostituzione, rimozione dei mezzi di sintesi.

D. Interventi di neurochirurgia per:

- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomica;
- 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 vertebo-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meielemeningocele, ecc.);

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

- 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 cardiochirurgia 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) anche se eseguiti in emodinamica, da specialista in cardiologia;
- impianto di pacemaker 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;
- echinococcosi epatica e/o polmonare;
- cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
- pancreatite acuta;
- broncoscopia operativa;
- resezione epatica;
- epatico e coledocotomia;
- papillotomia per via transduodenale;
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);
- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
- intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto ano;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- resezione totale o parziale del colon;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
- intervento di asportazione della milza;
- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica);
- 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 uretersigmoidostomia;
- isterectomia e/o annexiectomia per patologia non maligna;
- cistoprostatovescicolectomia 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;
- trattamento di distacco o rottura della retina;
- chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
- timpanoplastica;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabirintica 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. Tutti i Ricoveri in terapia intensiva con la sola esclusione di quelli conseguenti a Covid 19;

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

PIANO SANITARIO “Base” - Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

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) **Alzheimer**

b) **Infarto miocardico acuto**

c) **Diabete complicato** caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torbide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrinfestazioni

d) **Encefalite**

e) **Gravi traumatismi** – con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. Per immobilizzazione si intende qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee conseguenti ad un infortunio e che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali e/o in caso di divieto di carico.

f) **Insufficienza cardio-respiratoria** che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia

g) **Morbo di Chron**

h) **Morbo di Parkinson** (dallo stadio I della scala Hoehn e Yahr) caratterizzato da: alterazione/riduzione attività motoria e/o presenza di disturbi di coordinamento e/o difficoltà di qualunque grado al mantenimento della stazione eretta o instabilità alla stazione eretta.

i) **Neoplasia maligna** che necessita di accertamenti o cure

j) **Neuroradicoliti**

k) **Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)**

l) **Sclerosi a placche**

m) **Sindrome di Guillain Barrè**

n) **Stato di coma**

o) **Tetraplegia**

p) **Tutti i Ricoveri in terapia intensiva** con la sola esclusione di quelli conseguenti a Covid 19

q) **Ustioni di secondo grado** con estensione pari almeno al 20% del corpo

r) **Vasculopatia acuta** a carattere ischemico o emorragico cerebrale

s) **Gravi eventi morbosì “similari”** per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera s).

Le garanzie di cui alle precedenti lettere a), h) e o) non operano a favore del Nucleo Familiare al quale siano state eventualmente estese le coperture della polizza base.