

TESTO DI POLIZZA “BASE” - Iscritti e Pensionati Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi

Definizioni di polizza	pag. 2
Soggetti assicurati	pag. 5
Prestazioni garantite	pag. 5
Garanzie principali	5
Garanzie accessorie.	7
Sinistri	pag. 10
Condizioni generali di assicurazione	pag. 12
Disciplina dei rapporti contrattuali	pag. 14
Elenco Grandi Interventi Chirurgici - Allegato A	pag. 17
Elenco Gravi Eventi Morbosi - Allegato B	pag. 20
Modulistica	pag. 21

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Ai fini del presente Capitolato d'Oneri 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.

Assicuratore o Società

_____ che stipula la polizza e su cui gravano gli obblighi dalla stessa derivanti.

Assicurati

Gli Ingegneri e gli Architetti Liberi Professionisti iscritti ad Inarcassa e coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa (con esclusione delle rendite ex art. 6 L. 1046/71, dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81 e dei trattamenti in totalizzazione di soggetti non iscritti al momento della maturazione dei requisiti) nonché i familiari per cui sia stata esercitata la relativa estensione della copertura.

Assistenza diretta

Prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.

Assistenza infermieristica

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

Commissione tecnica

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

Contraente

Inarcassa che stipula la polizza per conto altrui.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Grandi Interventi

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

Gravi Eventi Morbosi

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

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Sono esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituti di cura convenzionati

Le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale

Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Nucleo familiare

I componenti della famiglia composta da coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico anche non conviventi.

Personale medico convenzionato

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

Polizza

Documento che prova l'assicurazione.

Premio

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

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica.

Ricovero

Degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio

Probabilità che si verifichi un sinistro.

Scheda

Documento che identifica la Società con cui si stipula l'assicurazione e che contiene i dati più importanti del contratto e forma parte integrante della polizza.

Scoperto

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

Sinistro

Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sinistri riservati

Sinistri di competenza dell'esercizio ma non ancora pagati e quindi messi a riserva per l'importo presumibile del risarcimento.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

SOGGETTI ASSICURATI

Art. 1 – Soggetti assicurati

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate a favore:

- degli iscritti ad Inarcassa (ingegneri ed architetti liberi professionisti);
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa, anche se residenti all'estero, esclusi i beneficiari di rendita ex art.6 L.1046/71, dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81 e dei trattamenti in totalizzazione di soggetti non iscritti al momento della maturazione dei requisiti.

Ciascun Assicurato, che goda della copertura assicurativa di cui sopra, potrà, a proprie spese, estenderla a favore del proprio nucleo familiare, nelle persone del coniuge e/o dei figli fiscalmente a carico.

PRESTAZIONI GARANTITE

Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione e massimale assicurato

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

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

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

GARANZIE PRINCIPALI

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

Sono riconosciute le seguenti spese:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) spese sostenute per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di Cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati, nonché quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla data di dimissione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), purché correlati al ricovero. In tale ambito si intendono

compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi.

- f) trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi. Sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;
- g) cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € 15.000 per evento;
- h) per i seguenti interventi chirurgici, se indennizzabili a termine di polizza:
 - interventi per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso) includendo il costo della protesi;
 - interventi sulla prostata;
 - isterectomia;
 - interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea;

effettuati in istituti di cura non convenzionati e/o con personale medico non convenzionato con la Società, in regime di ricovero o day-hospital, è previsto il rimborso delle spese fino ad un massimo di € 20.000 per intervento, ad eccezione degli interventi chirurgici effettuati su cuore e arterie coronariche in strutture attrezzate con "piastra chirurgica" per le quali il rimborso è previsto nel limite del massimale di polizza.

Per "piastra chirurgica" si intende struttura polifunzionale dedicata alle attività chirurgiche nella quale sono presenti le funzioni per il pre-intervento (pre-anestesia), assistenza anestesilogica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

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

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono le seguenti:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **60** giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di euro **16.000,00**;
- e) in caso di trattamento domiciliare o ambulatoriale sono riconosciute le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, le spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 120 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso entro il massimo rimborsabile di euro **16.000,00**;

- f) cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € 15.000 per evento.

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

Nel caso di malattia oncologia e/o di recidiva, non altrimenti indennizzabile in base ai paragrafi A) e B), la Società sostiene le spese sostenute in regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare per prestazioni di chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser comunque effettuate.

GARANZIE ACCESSORIE

D – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN, non faccia richiesta di indennizzo né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad essa connessa, o in totale assenza di spese, è prevista la corresponsione di una diaria giornaliera di euro **200,00** per ogni giorno di ricovero e per un massimo di 100 giorni per ricovero ed anno assicurativo, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero nei termini previsti dal contratto.

Ai fini della corresponsione della indennità sostitutiva, la degenza in regime di day-hospital in Istituto di Cura, a totale carico del SSN, è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura a totale carico del SSN.

E – Assistenza infermieristica

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

F – Trasporto Sanitario

La società indennizza le spese di trasporto dell'Assicurato allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **2.600,00** per ricoveri ovunque nel mondo;

G – Apparecchi protesici

La società indennizza le spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.200,00** purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;

H – Rimpatrio salma

La società indennizza le spese di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.200,00** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza;

I – Prevenzione

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, in strutture sanitarie convenzionate, scelte dall'assicurato fra quelle adeguatamente attrezzate.

La Società mette a disposizione, per la prevenzione annuale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia con un numero di abitanti superiore a 100.000.

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

- Prelievo venoso in ambulatorio
- Colesterolo totale o colesterolemia
- Colesterolo HDL
- Tempo di protrombina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Trigliceridi
- Glucosio-glicemia
- Alaninoaminotransferasi (ALT e AST)
- Aspartatoamino transferasi (GOT)
- Urea – azotemia
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Gamma Glutammi – Transpeptidasi (Gamma GT)
- Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
- Antigene Prostatico Specifico (PSA) + visita urologica
- Ecografia prostatica
- Colonscopia anche con asportazione di tessuto a scopo diagnostico
- Colonscopia virtuale
- Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)
- Creatinina
- Ricerca sangue occulto fecale
- Visita cardiologia + ECG
- Visita ginecologica + PAP test
- Ecografia mammaria
- Mammografia

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa.

L) Dread Disease

La Società corrisponde all'assicurato, fermo quant'altro previsto, un'indennità di € 2.500,00 in caso di accadimento in corso di contratto di uno dei seguenti eventi:

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

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

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

L'indennità verrà corrisposta per i punti sub 1 e 2 una sola volta per grave evento e per persona assicurata.

La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa.

M) Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (facoltativa a carico dei singoli aderenti)

In caso di infortunio che comporti all'assicurato iscritto ad Inarcassa un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società liquiderà un indennizzo pari a 60.000 euro. La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado di invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124.

La garanzia è operante esclusivamente per i soli iscritti Inarcassa.

Art. 3 – Scoperti, franchigia e limiti di indennizzo

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

Tabella Scoperti e Franchigie

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	FRANCHIGIA MINIMA	FRANCHIGIA MASSIMA
1	R	Ricovero in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in istituto di cura convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
3	R	Ricovero in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2.500,00
4	DH	Day-Hospital in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5	DH	Day-Hospital in istituto di cura convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
6	DH	Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7	PM	Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8	PM	Personale medico convenzionato (*)	nulla	nulla	nulla
9	PM	Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2.500,00

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

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

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

SINISTRI

Art. 4 - Accesso alle strutture sanitarie

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

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

Art. 5 - Termine per la domanda di rimborso

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

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

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

Art. 6 - Criteri di liquidazione

Le prestazioni coperte in garanzia sono liquidate come segue.

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

E' previsto il pagamento diretto da parte della Società alla struttura sanitaria convenzionata e/o al personale medico convenzionato per le prestazioni erogate, nei limiti dei massimali previsti, senza applicazione di scoperti e/o franchigie, previa prenotazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società *(Il presente articolo sarà integrato con la descrizione dettagliata delle modalità di contatto con la Centrale Operativa che l'offerente dovrà indicare nell'offerta qualitativa).*

La mancata attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa della Società comporta il rimborso delle relative spese secondo quanto previsto per il regime "non convenzionato" (v. punto c).

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

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

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

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

D. Prestazioni in "regime misto"

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

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

Art. 7 - Modalità di rimborso

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso Strutture Sanitarie non convenzionate o presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'assicurato deve inviare alla sede della Società il modulo di denuncia di sinistro (v. allegato C), corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

Art. 8 - Anticipo

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 9 - Inclusione ed esclusione degli assicurati

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 31/12/2014 la copertura avrà effetto dalle ore 00.00 del giorno di iscrizione purché successivo al 31/12/2014, In caso di iscrizione retroattiva la copertura decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2014. Il premio che la Contraente dovrà corrispondere alla Società per il nuovo iscritto nel caso in cui la delibera di iscrizione avvenga nel corso del primo semestre sarà pari al premio annuo convenuto pro-capite; sarà pari al 50% nel caso di iscrizione avente effetto nel corso del secondo semestre assicurativo. Tali premi saranno oggetto di regolazione nei termini previsti all'art. 25 "Regolazione del premio"

B) *Esclusione di iscritti in corso d'anno*

Per gli iscritti la cui cessazione venga comunicata alla Società entro 5 giorni precedenti la scadenza del primo semestre di polizza la cessazione della copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 del 30 giugno. Ai fini della regolazione del premio assicurativo si conviene che ognuna di queste cessazioni darà origine alla restituzione del 50% del premio annuo corrisposto. Per i familiari assicurati la copertura cesserà alla prima scadenza annua di polizza salvo rinnovo.

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

Per i familiari degli iscritti per i quali sia stata richiesta la copertura entro il _____ mediante l'invio di raccomandata, fax o e-mail della scheda di adesione e del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati, previo pagamento del premio annuo pari ad € _____, la copertura avrà effetto a partire dalle ore 24 del 31.12.2014.

La Società potrà chiedere copia del bonifico di pagamento. Il mancato rispetto delle modalità di adesione sopra descritte comporterà l'impossibilità di aderire al piano per l'anno assicurativo.

D) *Inclusioni di familiari di neoiscritti*

Entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica attestante l'iscrizione ad Inarcassa, il neoiscritto potrà includere il proprio nucleo familiare mediante invio della scheda di adesione, del consenso al trattamento dei dati personali debitamente compilati e dopo aver eseguito il bonifico attestante il pagamento del premio annuo. La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno del bonifico.

E) *Variazioni nella composizione del nucleo familiare in corso d'anno*

Variazioni della composizione del nucleo familiare possono verificarsi nel caso di matrimonio o di nascita di figli. La notifica dell'inserimento di un nuovo componente, unitamente ad una copia del modulo per il trattamento dei dati personali nel caso in cui si tratti di maggiorenne, dovrà essere inviata entro 90 giorni dalla data di matrimonio o della nascita alla società. La copertura decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'eventuale premio annuo relativo ad una od ambedue le polizze.

F) *Modalità trasmissione dati*

Inarcassa si impegna a trasmettere i dati degli iscritti e dei pensionati tramite tracciato record.

Art. 10 - Limite di età

Per gli iscritti ed i pensionati Inarcassa non è previsto alcun limite di età.

Anche relativamente ai familiari per i quali l'Iscritto Inarcassa richieda l'estensione di copertura previo pagamento del supplemento di premio non è previsto alcun limite di età.

Art. 11 - Operatività delle garanzie

Per tutti gli Assicurati, ivi compresi i familiari inclusi in garanzia, la copertura relativa ai “Grandi Interventi” e ai “Gravi Eventi Morbosi” comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza della polizza, diagnosticate o meno.

Art. 12 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti (tale esclusione non è operativa per i Grandi Interventi previsti nell'allegato punto L) Interventi di chirurgia pediatrica);
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (fermo quanto previsto al punto “C” dell'allegato A) Grandi Interventi;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- n) AIDS e patologie correlate all'AIDS.

Art. 13 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in Euro.

DISCIPLINA DEI RAPPORTI CONTRATTUALI

Art. 14 - Assicurazione di gruppo

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui e gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C..

Art. 15 – Deroga all’art. 1901 del cod. civ.

In deroga all'art. 1901 del cod. civ. l'Assicuratore garantisce la copertura del rischio, incluse le garanzie facoltative, dalle ore 24.00 del 31/12/2011 senza soluzione di continuità alcuna rispetto alle coperture precedentemente in vigore. La Contraente si impegna a versare entro il 30 gennaio di ciascun anno il premio calcolato ai sensi del successivo art. 24.

Art. 16 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere approvate per iscritto.

Art. 17 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 18 - Gestione del servizio e obbligo di rendicontazione

La Società, in conformità ai tempi e alle modalità rappresentate nell'offerta:

1. raccoglie le adesioni alle varie opzioni previste dalla polizza;
2. garantisce tramite l'assistenza telefonica la erogazione dei servizi (adesioni, prenotazioni delle prestazioni, rimborsi, indicazioni delle strutture sanitarie e del personale medico convenzionati), mettendo a disposizione un **numero verde per la prenotazione delle prestazioni**;
3. acquisisce la documentazione relativa al sinistro;
4. procede al rimborso delle spese nei limiti di polizza entro (60) giorni dalla presentazione della richiesta dell'assicurato;
5. si impegna a comunicare con cadenza bimestrale al Contraente un dettaglio analitico dei sinistri così suddiviso:
 - sinistri denunciati;
 - sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
 - sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
 - sinistri respinti (con indicazione delle motivazioni).

Verranno forniti tramite supporto magnetico i seguenti dati: numero sinistro, dati anagrafici e n. matricola Inarcassa assicurato, beneficiario della prestazione (iscritto, pensionato, familiare, età, sesso, residenza) tipo sinistro subito, data sinistro, importo sinistro, giorni di diaria spettanti, modalità di erogazione (prestazione convenzionata, non convenzionata o con formula mista), tempo di liquidazione della prestazione.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempienza contrattuale.

Art. 19 - Rinuncia al recesso dal contratto

In deroga all'art. 1898 del c.c. l'Assicuratore potrà avvalersi della facoltà di recesso a partire dal 30 maggio 2016 e con un preavviso non inferiore a 180 giorni.

Art. 20 - Durata contrattuale

La polizza ha durata annuale triennale, dalle ore 24.00 del 31.12.2014 alle ore 24.00 del 31.12.2017; è facoltà del Contraente recedere dal contratto allo scadere di ogni annualità previa disdetta da inviarsi a mezzo raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza.

Art. 21 - Controversie in materia contrattuale

La risoluzione di controversie sulla copertura dei sinistri è demandata di norma, previa espressa volontà manifestata da entrambe le parti, ad una apposita Commissione tecnica, composta di tre membri designati uno dalla Contraente e uno dalla Società, uno di comune accordo dalle predette. I componenti non possono delegare le proprie funzioni e non sono ammesse sostituzioni temporanee. In caso di disaccordo sulla nomina del terzo membro, lo stesso sarà nominato dal Presidente del Tribunale di Roma. Le spese relative saranno addebitate in sede di lodo arbitrale.

Art. 22 - Commissione tecnica

La Commissione tecnica verifica l'andamento della polizza ed esamina la risarcibilità o meno di sinistri controversi messa all'ordine del giorno e si riunisce, di norma, una volta al mese presso la sede di Inarcassa o in altra sede che di volta in volta possa essere ritenuta più idonea; in mancanza di controversie da esaminare la riunione della Commissione tecnica slitterà al mese successivo.

Art. 23 - Determinazione del premio per le garanzie base e per le opzioni previste

Il premio annuo lordo a carico della Contraente per ciascun assicurato è convenuto in Euro # non compilare # per la Polizza **A)** "Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi", che moltiplicato per il numero degli assicurati provvisoriamente indicato in n.° (160.000), determina un premio annuo complessivo di Euro # non compilare #. Per la identificazione degli assicurati si farà riferimento alle evidenze ed alle certificazioni della Contraente. Il premio lordo a carico dei singoli interessati, per la copertura ai propri familiari, così come definiti, indipendentemente dal loro numero, ammonta ad Euro # non compilare # per la garanzia "Grandi Interventi" e per la garanzia "Gravi Eventi Morbosi". Gli assicurati che vorranno acquistare a proprie spese l'estensione dovranno attenersi alle procedure emanate da Inarcassa. La mancata adesione entro il _____ comporta l'impossibilità di aderire fino alla successiva scadenza annuale della polizza.

Art. 24 - Regolazione del premio

Entro 90 giorni dal termine dell'annualità assicurativa si procederà alla regolazione del premio dovuto in via definitiva alla Società dalla Contraente in funzione del numero delle persone effettivamente garantite tenuto anche conto delle variazioni intervenute nell'annualità a seguito di iscrizioni e cancellazioni del numero inizialmente previsto per il calcolo del premio anticipato. Il saldo che ne deriverà dovrà essere pagato dalla parte debitrice entro 30 giorni dalla richiesta; l'eventuale rimborso da parte della Società avverrà al netto delle imposte.

Art. 25 - Pagamento del premio

La Contraente è tenuta a pagare alle scadenze convenute e per tutta la durata contrattuale i premi stabiliti.

Art. 26 - Partecipazione agli utili e integrazioni della polizza.

Al termine di ciascuna annualità e sempre che il contratto venga rinnovato per l'annualità successiva, la Società provvederà alla compilazione di un rapporto economico dove verranno considerati:

- all'attivo il 70% dei premi imponibili incassati dalla Società per la presente polizza, tenuto conto anche della regolazione annuale;
- al passivo l'ammontare dei sinistri pagati nell'esercizio, l'importo dei sinistri riservati dell'esercizio, le spese di liquidazione pari al 10% dell'ammontare dei sinistri liquidati e riservati.

In caso di saldo attivo, la Società corrisponderà alla Contraente, a titolo di partecipazione agli utili di gestione del contratto, il 40% del saldo se positivo, che Inarcassa si riserva di destinare a integrazioni della polizza a favore degli Assicurati.

Art. 27 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte, per essere valide, con lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Art. 28 - Diminuzione di rischio

Ai sensi dell'art.1897 del C.C. nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 29 - Oneri fiscali

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

Art. 30 - Foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie, fermo restando il disposto di cui all'art. 21 delle Condizioni Particolari, le parti eleggono come Foro competente quello di Roma o altro su richiesta dell'Assicurato.

Art. 31 - Rinvio alle norme di legge

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

ALLEGATO A) Grandi interventi

Il presente allegato forma parte integrante della polizza rimborso spese mediche stipulata da Inarcassa per i propri iscritti e pensionati e da alcuni di questi per i propri familiari.

La presenza dell'evento denunciato nell'ambito dell'elenco di cui al presente allegato è elemento indispensabile per l'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza.

- A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica, tra cui a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, necessari in conseguenza dell'asportazione di tumori ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.
- B. Interventi per trapianti: tutti, inclusi autotrapianto e trapianti autologhi. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.
- C. Interventi ortopedici per:
- impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
 - amputazione degli arti superiori o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica;
 - disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
 - disarticolazione dell'anca;
 - amputazione addomino-pelvica;
 - reimpianto di arti staccati.
- D. Interventi di neurochirurgia per:
- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomia;
 - intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - intervento per encefalomeningocele;
 - derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
 - endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
 - cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
 - neurotomia retrogasseriana;
 - interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
 - interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
 - vagotomia per via toracica;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari;
 - neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - trapianto di nervo;

- artrodesi vertebrale.
- E. Interventi di cardiocirurgia per:
- tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
 - impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti;
 - cardioplastica.
- F. Interventi di chirurgia vascolare per:
- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
 - stenosi ad ostruzione arteriosa;
 - disostruzione by-pass aorta addominale;
 - trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - by-pass aortocoronarico.
- G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:
- gravi e vaste mutilazioni del viso;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
 - anchilosi temporo-mandibolare.
- H. Interventi di chirurgia generale per:
- diverticolosi esofagea;
 - occlusioni intestinali con o senza resezione;
 - gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
 - echinococchi epatica e/o polmonare;
 - cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
 - pancreatite acuta;
 - broncoscopia operativa;
 - resezione epatica;
 - epatico e coledocotomia;
 - papillotomia per via transduodenale;
 - interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
 - interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);
 - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
 - interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
 - intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
 - resezione gastrica totale;
 - resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
 - intervento per fistola gastro-digiunocolica;
 - interventi di amputazione del retto ano;
 - interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
 - resezione totale o parziale del colon;
 - drenaggio di ascesso epatico;
 - interventi chirurgici per ipertensione portale;
 - interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
 - intervento di asportazione della milza;
 - interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva;
 - resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.
- I. Interventi di chirurgia uro-genitale per:
- fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
 - ileocisto plastica; colecisto plastica;
 - intervento per estrofia della vescica;
 - intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
 - metroplastica;
 - nefroureterectomia radicale;
 - surrenalectomia;

- interventi di cistectomia totale;
 - interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
 - isterectomia e/o annessiectomia per patologia non maligna;
 - cistoprostatovescicolectomia e/o resezione endoscopica della prostata.
- J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
 - odontocheratoprosesi;
 - chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
 - timpanoplastica;
 - chirurgia endoauricolare della vertigine;
 - chirurgia translabyrinthica della vertigine;
 - ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio con esclusione di interventi con finalità estetica;
 - reimpianto orecchio amputato;
 - ricostruzione dell'orecchio medio;
 - incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.
- K. Interventi di chirurgia toracica per:
- pneumectomia totale o parziale;
 - lobectomia polmonare;
 - intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
 - interventi per fistole bronchiali;
 - interventi per echinococchi 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 (regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare)
- O. Grandi interventi "similari" per tipologia, evento, diagnosi, cura a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera N) e/o eseguiti con tecnica chirurgica con finalità equivalente.

ALLEGATO B: Gravi Eventi Morbosi

- a) Infarto miocardico acuto;
 - b) Insufficienza cardio-respiratoria che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - dispnea
 - edemi declivi
 - aritmia
 - angina instabile
 - edema o stasi polmonare
 - ipossiemia
 - c) Neoplasia maligna che necessita di accertamenti o cure;
 - d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - ulcere torbide
 - decubiti
 - neuropatie
 - vasculopatie periferiche
 - infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
 - e) Gravi traumatismi – con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto;
 - f) Ustioni di secondo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
 - g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
 - h) Sclerosi a placche che comporti un'invalidità superiore al 66% e per un massimo di 10.000 euro per anno;
 - i) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
 - j) Stato di coma;
 - k) Tetraplegia che comporti un'invalidità superiore al 66%;
 - l) Alzheimer che comporti un'invalidità superiore al 66%;
 - m) Morbo di Parkinson caratterizzato da:
 - riduzione attività motoria;
 - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione erettache comporti un'invalidità superiore al 66%;
- Le garanzie di cui ai precedenti punti k), l) e m) sono operanti esclusivamente per gli iscritti e pensionati Inarcassa;
- n) Gravi eventi morbosi "similari" per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera h).

MODULISTICA

Modulo per la presa in carico del servizio

Modulo per la richiesta di rimborso

(Da fornire a cura dell'Assicuratore)

Il Contraente

La Società

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente e la Società dichiarano di approvare le disposizioni contenute nei paragrafi seguenti:

ART. 11 - **Operatività delle garanzie**

ART. 15 - **Deroga all'art. 1901 del cod. civ.**

ART. 17 - **Rinuncia alla rivalsa**

ART. 19 - **Rinuncia al recesso dal contratto**

ART. 21 - **Controversie in materia contrattuale**

ART. 30 - **Foro competente**

Il Contraente

La Società