

ELABORATO INFORMATIVO A CURA DI SILVIA VITALI: DELEGATO ARCHITETTO PER LA PROVINCIA DI BERGAMO NEL COMITATO NAZIONALE DI INARCASSA.

\* questa comunicazione viene inviata a tutti coloro che hanno manifestato il desiderio di riceverla e/o hanno inviato un consenso per l'utilizzo del proprio indirizzo e-mail. Nel caso siate stati erroneamente inseriti nella mailing list siete pregati di darmene comunicazione e provvederò alla vostra cancellazione. Grazie

## ☒ **SCADENZA POSTICIPATA CONTRIBUTI MINIMI 2013**

Il versamento della **I rata dei contributi minimi 2013** è posticipato dal 30 giugno al **31 luglio 2013**. Il differimento è stato deliberato dal Consiglio di Amministrazione di Inarcassa nella



riunione dello scorso maggio, per consentire l'accesso alle agevolazioni a sostegno degli associati per i contributi in scadenza nel 2013. Troverete il bollettino MAV nel sito Inarcassa online a partire dai prossimi giorni.

Ricordo che a partire del 01/01/2013 il contributo soggettivo minimo è dovuto nella misura del 50% anche dagli iscritti pensionati di vecchiaia, di vecchiaia unificata, di invalidità o di pensione contributiva (art. 4.3 Regolamento Generale Previdenza) e che è interamente **deducibile** ai fini fiscali.

## ☒ **IMPORTANTE: rateazioni straordinarie: Il CdA scende in campo contro la crisi.**

Una linea di credito di 150 milioni di euro, immediatamente disponibile, che consente la dilazione o la rateazione dei contributi in scadenza nel 2013 senza garanzie e rimborsabile in tre anni, è l'ingente **finanziamento approvato dal Consiglio di Amministrazione** di Inarcassa destinato agli architetti e ingegneri iscritti alla cassa di previdenza. Pur non essendo un istituto bancario, Inarcassa interviene con decisione contro la crisi: **abbattuta da 2000 a 1000 euro la soglia dell'importo minimo per accedere alle rateazioni.**

Tre le modalità per accedere al finanziamento:

- **rateizzazione dei contributi minimi 2013;** (va fatta richiesta entro il 30 giugno 2013)
- **dilazione contributi minimi 2013;** (va fatta richiesta entro il 30 giugno 2013)
- **rateizzazione conguaglio 2012.** (va fatta richiesta entro il 31 ottobre 2013)

### [per approfondimento delle modalità LEGGI QUI](#)

Per dare immediato accesso alle agevolazioni, le domande devono essere presentate esclusivamente per via telematica. Una nuova applicazione su [Inarcassa on line](#), semplice e intuitiva, consente di presentare le richieste ottenendo tempestivo riscontro. Questa iniziativa è frutto di un percorso che ha condotto Inarcassa all'equilibrio permanente tra entrate contributive e uscite previdenziali che va oltre i 50 anni richiesti e che si fonda su un recentissimo e solido bilancio 2012: un risultato economico di oltre 745 milioni di euro per un patrimonio netto di 6.509 milioni. [per saperne di più](#)

## ☒ **Assistenza sanitaria**

L'ho ripetuto diverse volte e ne ho parlato anche alle "colazioni con l'Ordine" organizzate dall'OAB, mi accorgo però che tanti di voi non lo sanno: **con l'iscrizione di Inarcassa siamo intestatari di una polizza sanitaria base, un servizio gratuito a disposizione degli associati e dei suoi pensionati** che assicura ai seguenti rischi: Ricoveri per Grandi Interventi, Gravi Eventi Morbosi, Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day-hospital, ambulatoriale o domiciliare). Ricordo inoltre che la polizza prevede la copertura delle prestazioni di prevenzione sanitaria, con cadenza annuale, (checkup) e il pagamento di una indennità in caso di accadimento di alcune patologie (Dread disease). **Allego a questa news l'inserto dall'ultimo numero della Rivista di Inarcassa dedicato all'assistenza sanitaria in cui trovate tutte le prestazioni** comprese dalla polizza, tutti i riferimenti telefonici e-mail per informazioni/quesiti e **le istruzioni per chiedere i rimborsi.**

La società assicuratrice risultata aggiudicataria nella gara europea indetta da Inarcassa per il triennio 2012-2014 è la Società Cattolica di Assicurazione che, oltre alla polizza base gratuita "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi", ha attivato la convenzione per il "Piano sanitario integrativo", la cui adesione è facoltativa, annuale ed estendibile al nucleo familiare.

## **☒ Comunicazioni dalla gestione separata INPS in merito a evasione contributiva**

Dalla settimana scorsa, a numerosi iscritti Inarcassa è pervenuta una comunicazione dell'INPS concernente una verifica di evasione contributiva in relazione al reddito dichiarato per l'anno 2007. Qualora fosse capitato anche a voi e aveste assolto i vostri obblighi previdenziali nei confronti di Inarcassa, potete presentare ricorso amministrativo all'INPS. Attenzione: l'INPS prevede la presentazione del ricorso on line, [Ecco come procedere correttamente](#)

## **☒ Dalla Fondazione di Inarcassa ....**

*La Fondazione Architetti e Ingegneri liberi professionisti iscritti Inarcassa e Ala Assoarchitetti, l'associazione sindacale degli architetti e degli ingegneri liberi professionisti italiani, hanno siglato un **accordo di collaborazione per la realizzazione di un osservatorio**. L'obiettivo è quello di analizzare le cause che incidono negativamente sull'esercizio della professione, d'indicare le linee operative utili per indurre i necessari miglioramenti e di avanzare proposte organiche o parziali da sottoporre e promuovere presso gli organismi deputati alla loro emanazione.*

*L'osservatorio agirà da subito sulla base di un programma annuale per creare un prezzario e una disciplinare di incarico tipo. Inoltre, è prevista l'elaborazione di un progetto di legge che introduca nei contratti il concetto e la procedura dell'individuazione ed eliminazione delle offerte anomale in analogia ai listini ufficiali emanate dalle associazioni degli imprenditori dell'edilizia.*

*Tra i temi di urgente trattazione, infine, rientrano anche l'analisi e la proposta di regolamentazione dei rapporti libero-professionali interni agli studi come consulenze continuative o come rapporti di mono-committenza. (testo estratto dal [sito della Fondazione](#))*

Questa è solo una delle tante iniziative della "Fondazione architetti e ingegneri liberi professionisti iscritti a Inarcassa", la cui attività è stata presentata a Bergamo dal presidente Andrea Tomasi da me invitato in occasione dei convegni sulla riforma previdenziale. La fondazione per avere peso ed essere incisiva con il governo ha bisogno della nostra adesione.

## **☒ Appuntamenti come delegata (ist=istituzionali / fac=facoltativi)**

- il 2 maggio ho partecipato alla prima seduta di insediamento del Comitato ristretto "Criteri di Iscrivibilità" nel quale sono stata eletta dal Comitato Nazionale di Inarcassa con altri 4 delegati. Il comitato ristretto affronterà lo studio e una proposta, da presentare in Comitato Nazionale, di revisione dello statuto in riferimento ai criteri di iscrizione a Inarcassa (abbiamo il problema delle gestioni separate, dei redditi zero delle società, ecc...) (ist) Rinnovo l'invito a contattarmi qualora qualcuno avesse riflessioni o suggerimenti in materia. (fac)

- il 3 maggio ho partecipato al seminario organizzato a Matera dai delegati e dagli ordini ingegneri della Basilicata su riforma professionale e riforma previdenziale (fac)

- il 16 maggio ho partecipato all'incontro presso il Politecnico Milano con i colleghi iscritti della Regione Lombardia (fac)

- il 31 maggio 2013 e il 14 giugno 2013 ho partecipato ai lavori del Comitato ristretto per i quali sono nuovamente convocata a Roma il 26 giugno 2013 (ist)

- Il 17 maggio ho partecipato alla Giornata Nazionale della Previdenza presso il Palazzo Mezzanotte a Milano assistendo al convegno "Le Casse tecniche fanno rete. La sfida della qualità tra norma e rigore" organizzato da Inarcassa insieme a CIPAG (cassa dei geometri) ed Eppi (cassa dei periti industriali) (fac)

- Il 12 giugno 2013 ho partecipato presso l'Ordine degli architetti di Milano, all'incontro dei delegati Lombardi in preparazione al prossimo Comitato Nazionale (fac)

- il 26 giugno parteciperò al workshop "RGP 2012 evoluzione: dalla sostenibilità all'adeguatezza" dove Interverranno il Prof. Gennaro Olivieri, il Prof. Alessandro Trudda e il Prof. Sergio Nisticò. (fac)

- il 27-28 giugno sono stata convocata all'Assemblea del Comitato Nazionale dei Delegati che si terrà a Roma. Tra gli argomenti dell'ordine del giorno: il Bilancio Consuntivo 2012 (ist)

# La polizza sanitaria

2/2013

L'importanza di conoscere un servizio fondamentale che Inarcassa mette gratuitamente a disposizione degli associati e dei suoi pensionati

*a cura di Tiziano Suffredini*

Come più volte ricordato in queste pagine, per il triennio 2012-2014 la Società Cattolica di Assicurazione, risultata aggiudicataria della gara europea indetta da Inarcassa, si occuperà della gestione della polizza sanitaria Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi a tutela della salute degli associati.

Per i pensionati di Inarcassa e per i professionisti iscritti la copertura assicurativa è automatica e ha decorrenza dal momento dell'iscrizione ad Inarcassa ed è gratuita in quanto il pagamento del premio è a carico di Inarcassa. Come in passato, ciascun associato può scegliere a propria discrezione di estendere le prestazioni ai componenti del nucleo familiare, compreso il convivente more uxorio ed i figli fiscalmente a carico anche se non conviventi, con la sola condizione che la garanzia sulla propria polizza base risulti regolarmente attiva.

Oltre alla polizza base "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi", è stata sottoscritta con Società Cattolica di Assicurazione anche la convenzione per il "Piano sanitario integrativo", la cui adesione è facoltativa, annuale ed estendibile al nucleo familiare a condizione che anche l'associato vi abbia aderito.

Per queste prestazioni, aggiuntive rispetto alla polizza base, il pagamento del premio è a carico dell'associato.

Il nuovo contratto con la Società Cattolica di Assicurazione avviene senza soluzione di continuità per la copertura dei "Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi". Tale continuità di garanzie è valida anche per le estensioni ai familiari e per la polizza integrativa qualora esse siano state sottoscritte per l'anno 2012 e siano state rinnovate per l'anno 2013 entro il termine di adesione previsto.

Mentre si rimanda al prossimo numero 4 della no-

stra rivista per le informazioni relative ai servizi aggiuntivi e alle modalità di adesione, in queste pagine si intende fornire le principali informazioni sulla polizza base e su come l'associato si deve comportare nel caso di bisogno.

## Chi è assicurato

Come già ricordato l'adesione alla polizza base è automatica e gratuita, è pagata da Inarcassa ed è prestata a favore degli iscritti ad Inarcassa (ingegneri ed architetti liberi professionisti) e di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Inarcassa, anche se residenti all'estero. Sono esclusi i beneficiari di rendita ex art. 6 L.1046/71 e i beneficiari dei trattamenti previdenziali integrativi ex art. 25.11 e 25.12 della legge 6/81.

Per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti la cui iscrizione venga deliberata dalla Giunta Esecutiva di Inarcassa nel corso dell'anno la copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di iscrizione. In caso di cancellazione la copertura assicurativa cesserà con decorrenza 30 giugno, se avvenuta nel primo semestre, mentre si protrarrà fino al 31 dicembre nel caso in cui la cancellazione avvenga oltre tale termine.

## In cosa consiste il servizio

L'assicurazione è prestata per il ricovero in istituti di cura, pubblici o privati, a causa della intervenuta necessità di un Grande Intervento, un Grave Evento Morboso o per terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate. La somma assicurata è pari a euro 300.000,00 per ciascun assicurato per anno e, nel caso di estensione della copertura assicurativa a favore dei familiari dell'iscritto, per ciascun nucleo familiare e per anno, compreso l'assicurato.

## Quali sono i rischi assicurati

### 1. Ricoveri per Grandi Interventi (Riportati nell'elenco A)

Sono garantite 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 nei 120 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), purché correlati al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi. Sono compresi gli interventi tesi alla ricostruzione della mammella solo a seguito di asportazione di tumori. In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie

extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

**f)** spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro 2.600,00 massimo per anno;

**g)** spese di trasporto dell'assicurato allo e dall'istituto di cura e quelle da un istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di euro 2.600,00 per ricoveri ovunque nel mondo;

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

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

**j)** per gli interventi chirurgici per protesi (anca, femore, spalla, ginocchio, gomito, polso) includendo il costo della protesi, per gli interventi sulla prostata, per gli interventi di isterectomia e per gli interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea – se indennizzabili a termine di polizza – effettuati in istituti di cura non convenzionati con la società assicuratrice, in regime di ricovero o day-hospital. In questo caso la società assicuratrice provvede al rimborso delle spese previste fino ad un massimo di euro 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-inter-

vento (pre-anestesia), assistenza anestesiológica, sala risveglio e stanza rianimazione post intervento chirurgico.

## **2. Gravi Eventi Morbosi (Riportati nell'elenco B) che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico o di trattamento medico domiciliare.**

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- 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 riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza. Tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di euro 16.000,00 per anno;
- e1)** spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro 2.600,00 massimo per anno;
- e2)** spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.200,00 per persona e nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- e3)** spese di rimpatrio della salma fino a concor-

renza di un importo massimo di euro 5.200,00 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza.

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

- f)** visite specialistiche;
- g)** esami ed accertamenti diagnostici;
- h)** terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- i)** 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 avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di euro 16.000,00 per assicurato;
- j)** spese relative all'acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.200,00 per persona e nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa.

## **3. Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate (regime di ricovero, day-hospital, ambulatoriale o domiciliare)**

### **Quali sono le altre prestazioni comprese nella polizza**

La polizza, in aggiunta alle spese sopra elencate, prevede la copertura delle prestazioni di prevenzione sanitaria – con cadenza annuale – (check-up) e il pagamento di una indennità in caso di accadimento di alcune patologie (Dread disease).

### **Check up**

La società assicuratrice 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 assicuratrice mette a disposizione, per la prevenzione oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia con un numero di abitanti superiore a 100.000.

Le prestazioni previste – di seguito elencate – possono essere effettuate in più giorni ed in strutture diverse.

- *Prelievo venoso in ambulatorio*
- *Colesterolo totale o colesterolemia*
- *Trigliceridi*
- *Glucosio-glicemia*
- *Alaninoamminotransferasi (ALT)*
- *Aspartatoamminotransferasi (GOT)*
- *Urea-azotemia*
- *Esame emocromocitometrico e morfologico completo*
- *Urine; esame chimico, fisico e microscopico*
- *Gamma Glutammina-Transpeptidasi (Gamma GT)*
- *Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)*
- *Antigene Prostatico Specifico (PSA)*
- *Colonscopia anche virtuale*
- *Esame Colpocitologico cervico-vaginale (PAP-test)*
- *Creatinina*
- *Ricerca sangue occulto fecale*
- *Visita cardiologica + ECG*
- *Visita ginecologica + PAP test*
- *Ecografia mammaria*
- *Mammografia*

#### **Dread disease**

La società assicuratrice corrisponde all'assicurato, fermo quant'altro previsto, un'indennità 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 presen-

za contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche dell'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 presente anche alla data di richiesta di indennizzo.

#### **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 1 (infarto miocardico acuto) e 2 (ictus cerebrale) una sola volta per grave evento e per persona assicurata.

#### **Come avviene la liquidazione**

La liquidazione avviene mediante:

#### **1) Pagamento diretto da parte della società assicuratrice**

Il pagamento diretto da parte della società assicuratrice è previsto nei casi di:

a) **Ricovero in istituti di cura convenzionati** con la società assicuratrice previo contatto con la centrale operativa alle seguenti condizioni:

- l'istituto di cura aderisca al network della centrale operativa al momento della prestazione;

- l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione alla procedura di assistenza diretta alla centrale operativa, con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione richiesta per mezzo dell'apposito modulo debitamente compilato nelle sue parti, sottoscritto e inviato alla centrale operativa.

In ogni caso rimarranno a carico dell'assicurato le prestazioni non previste nelle condizioni di polizza, tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura dell'istituto di cura e/o medico, gli importi eccedenti gli eventuali massimali o limiti annui globali o per evento e gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, l'assicurato dovrà in ogni caso contattare preventivamente la centrale operativa.

Le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate dalla centrale operativa verranno liquidate secondo quanto previsto al presente punto mentre le spese relative al personale medico non convenzionato, non autorizzate e tutte le altre connesse al ricovero verranno rimborsate con i relativi limiti previsti alla voce "Rimborsi" per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate.

b) **Day-hospital in istituti di cura convenzionati** con la Compagnia: previo contatto con la centrale operativa è previsto il pagamento diretto da parte dell'assicuratore all'istituto di cura per le prestazioni erogate.

## **2) Rimborso da parte della società assicuratrice per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate e con personale medico non convenzionato con la società assicuratrice**

a) Nel caso di ricovero in istituti di cura non convenzionati con la società assicuratrice è previsto il rimborso, con l'applicazione di una franchigia pari

al 10% con il minimo di euro 750,00 ed un massimo di euro 2.500 che rimarrà a carico dell'assicurato.

b) Nel caso di day-hospital in istituti di cura non convenzionati con la società assicuratrice è previsto il rimborso, con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con il minimo di euro 50,00 ed un massimo di euro 250,00 che rimarrà a carico dell'assicurato.

c) Nel caso di ricorso a personale medico non convenzionato con la società assicuratrice è previsto il rimborso con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con un minimo di euro 750,00 ed un massimo di euro 2.500 che rimarrà a carico dell'assicurato nel caso di ricovero, mentre nel caso di day-hospital la franchigia a carico dell'assicurato sarà pari al 10% con il minimo di euro 50,00 ed un massimo di euro 250,00.

## **3) Rimborso da parte della società assicuratrice per le prestazioni effettuate in strutture convenzionate e con personale medico non convenzionato con la società assicuratrice**

In questi casi, che potremmo definire prestazioni miste, sono previsti:

a) Per il ricovero "misto", cioè quando ad essere in convenzione è solo l'istituto di cura e non anche il personale medico, è previsto il rimborso integrale delle spese dell'istituto di cura, nei termini di polizza;

b) Per il day-hospital "misto", cioè quando ad essere in convenzione è solo l'istituto di cura e non anche il personale medico; è previsto il rimborso integrale delle spese dell'istituto di cura, nei termini di polizza;

c) Per il personale medico non convenzionato con l'assicuratore è previsto il rimborso con l'applicazione di una franchigia pari al 10% con un minimo di euro 750,00 ed un massimo di euro 2.500 che rimarrà a carico dell'assicurato nel caso di ricovero, mentre nel caso di day-hospital la franchigia a carico dell'assicurato sarà pari al 10% con il minimo

di euro 50,00 ed un massimo di euro 250,00.

#### 4) Rimborso da parte della società assicuratrice per le prestazioni effettuate in strutture a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

a) **Nel caso di ricovero in istituto di cura a totale carico del SSN** è previsto il rimborso dei tickets o delle spese connesse o conseguenti al passaggio di classe e di tutte le eventuali spese pre e post ricovero e di quelle per l'accompagnatore o l'assistenza infermieristica o per il trasporto dell'assicurato e dell'accompagnatore nei termini e con i limiti di cui all'articolo precedente. In totale assenza di spese o di richiesta di rimborso di spese attinenti il ricovero è prevista la corresponsione di una diaria giornaliera di euro 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;

b) **Nel caso di day-hospital in istituto di cura a totale carico del SSN** la degenza in regime di day-hospital in istituto di cura, a totale carico del SSN, è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in istituto di cura a totale carico del SSN.

La società assicuratrice si è contrattualmente impegnata a liquidare i sinistri entro 60 giorni dalla presentazione dell'intera documentazione attinente alla pratica (cartella clinica, fatture e notule debitamente quietanzate). Il rimborso all'assicurato avverrà presso il luogo di residenza dell'assicurato, in qualsiasi parte del mondo e in valuta euro.

#### Se viene richiesto un anticipo dall'istituto di cura

Nei casi di ricovero per i quali l'istituto di cura richiama il pagamento di un anticipo, la società assicuratrice, 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.

#### Limiti di età e operatività delle garanzie

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

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. L'assicurazione vale inoltre nel mondo intero.

#### Sono esclusi dalle garanzie

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 al 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 osteomatologica 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 (è però garantito il rimborso delle spese sostenute per quanto riportato al paragrafo A punto h);

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.

### Cosa fare per ....

Le procedure di attivazione della polizza sono diverse in funzione del tipo di struttura a cui ci si vuole rivolgere:

#### .... avere informazioni

Per informazioni riferite a sinistri già denunciati, prenotazioni e ricoveri in convenzione diretta è a disposizione il numero verde della centrale operativa:

**800 046 499**

(attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 ed il sabato dalle ore 8 alle ore 12).

Per informazioni e quesiti relativi all'applicazione delle Polizze:

Linea dedicata Iaquinta Assicurazioni srl:

**tel. 06 4817260 / 06 4822567 / 06 85387302**

fax 06 89280925

[inarcassa@iaquinta.it](mailto:inarcassa@iaquinta.it) - [www.iaquinta.it](http://www.iaquinta.it)

### ... accedere ad una struttura convenzionata

Per usufruire delle prestazioni mediche di un centro convenzionato, l'assicurato deve inoltrare l'apposito modulo al numero di **fax 015 2559505** compilato in tutte le parti, firmato e con allegata la documentazione richiesta.

Il modulo è scaricabile all'indirizzo:

- <http://www.inarcassa.it/site/Home/Assistenza/documento1362.html>

- [http://www.iaquinta.it/pdf/modulo\\_diretta.pdf](http://www.iaquinta.it/pdf/modulo_diretta.pdf)

L'invio deve avvenire almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione.

Per rendere valida la richiesta è poi necessario contattare preventivamente la centrale operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia numero verde gratuito **800 046 499** (digitare il numero 1 sinistri malattia) dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00;

- dall'estero numero nero **015 25 59 641**, dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00, comunicando con estrema precisione:

- gli estremi della sua identificazione: nome e cognome, numero di matricola;

- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;

- tipologia della prestazione medica;

- la struttura sanitaria e l'equipe medico-chirurgica convenzionata prescelta;

- tutte le informazioni rese necessarie per la gestione della presa in carico dei costi.

**Il contatto telefonico deve avvenire in ogni caso.**

Il ricovero in istituti di cura convenzionati con la Compagnia o prestazioni erogate in day hospital, senza l'attivazione del convenzionamento diretto tramite centrale operativa, sarà equiparato al ricovero o alla prestazione day hospital erogate in strutture non convenzionate.

### ... inoltrare la richiesta di rimborso

Anche in questo caso è necessario:

1 - Scaricare l'apposito modulo all'indirizzo:

- <http://www.inarcassa.it/site/Home/Assistenza/documento1258.html>
- [http://www.iaquinta.it/pdf/modulo\\_denuncia\\_sinistro.pdf](http://www.iaquinta.it/pdf/modulo_denuncia_sinistro.pdf)

2 - Riempirlo in ogni parte

3 - Allegare la documentazione obbligatoria elencata nel modulo stesso

4 - Inviare il modulo e la documentazione allegata all'indirizzo già prestampato.

#### Attenzione:

Le richieste di rimborso prive di documentazione allegata verranno restituite al mittente.

Le richieste di rimborso devono essere trasmesse dall'assicurato alla società assicuratrice con apposito modulo scaricabile dai siti entro 120 giorni dall'evento.

### ... accedere al servizio di prevenzione annuale

Per usufruire delle prestazioni annuali di prevenzione (ottenibili esclusivamente in un centro convenzionato) l'assicurato deve inoltrare l'apposito modulo al numero di fax 015 2559505 compilato in tutte le parti, firmato e con allegata la documentazione richiesta. (Il modulo è scaricabile agli indirizzi:

- <http://www.inarcassa.it/site/Home/Assistenza/documento2519.html>
- [http://www.iaquinta.it/pdf/modulo\\_prevenzione.pdf](http://www.iaquinta.it/pdf/modulo_prevenzione.pdf)

L'invio deve avvenire almeno 2 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione.

Per rendere valida la richiesta è poi necessario contattare preventivamente la centrale operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia numero verde gratuito 800 046 499 (digitare il numero 1 sinistri malattia) dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00;

- dall'estero numero nero 015 25 59 641, dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 e il sabato dalle ore 08:00 alle ore 12:00 comunicando con estrema precisione:

- gli estremi della sua identificazione: nome e cognome, numero di matricola;

- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;

- tipologia della prestazione medica;

- la struttura sanitaria e l'equipe medico chirurgica convenzionata prescelta.

- tutte le informazioni rese necessarie per la gestione della presa in carico dei costi.

Il contatto telefonico deve avvenire in ogni caso.

Il ricovero in istituti di cura convenzionati con la compagnia o prestazioni erogate in day hospital, senza l'attivazione del convenzionamento diretto tramite centrale operativa, sarà equiparato al ricovero o alla prestazione day hospital erogate in strutture non convenzionate.

### ... conoscere l'elenco delle strutture convenzionate

L'elenco delle strutture convenzionate è disponibile ai seguenti indirizzi web:

- <http://www.inarcassa.it/site/Home/Assistenza/documento1363.html>
- [http://www.iaquinta.it/pdf/elenco\\_cliniche.pdf](http://www.iaquinta.it/pdf/elenco_cliniche.pdf)

Dal momento che tale elenco può essere oggetto di variazioni, si raccomanda di rivolgersi preventivamente al numero verde 800046499 per accertarsi che la struttura prescelta risulti sempre in convenzione.

L'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza è riferito esclusivamente agli eventi riportati nei seguenti elenchi A e B.

### ELENCO A: Grandi interventi coperti dalla polizza

**A.** Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, la radiocirurgia 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 necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra 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 extraricovero 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 di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.

**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 saccolari, 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, meilemeningocele, 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 timpanogiugulari.

**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;
- 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;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via

laparatomica;

- intervento di asportazione della milza;
- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva.

**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;
- cistoprostatovescicolectomia.

**J.** Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- Odontocheratoprotesi;
- Chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
- Timpanoplastica;
- Chirurgia endoauricolare della vertigine;
- Chirurgia translabirintica della vertigine.

**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 (regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare).

**O.** Grandi interventi "similari" per tipologia, evento, diagnosi, cura, etc. a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera N).

### **ELENCO B: Gravi Eventi Morbosi coperti dalla polizza**

**A.** Infarto miocardico acuto.

**B.** Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea;
- edemi declivi;
- aritmia;
- angina instabile;

- edema o stasi polmonare;
- ipossiemia.

**C.** Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento (una situazione di neoplasia maligna sistematica – tumori di pertinenza ematologica linfomi, mielomi – od una condizione che presenti ripetizioni in altre parti del corpo – metastasi) delle condizioni generali e necessità 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.

**F.** Ustioni di terzo 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 65% e per un massimo di 10.000 euro per anno.

**I.** Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

**J.** Gravi eventi morbosi "similari" per tipologia, evento, diagnosi, cura, ecc. a quelli indicati dalla lettera A alla lettera H.