

CAPITOLATO DI POLIZZA
RIMBORSO SPESE MEDICHE

PRIMA SEZIONE

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE BASE

CAPITOLATO D'ONERI

PREMESSA

L'Enpav, ente associativo senza scopo di lucro e non commerciale e con la personalità giuridica di diritto privato, intende stipulare una polizza assicurativa sanitaria per i propri iscritti, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali.

A tal fine, ha indetto una gara comunitaria a procedura aperta, finalizzata a selezionare una società assicurativa per la prestazione di servizi assicurativi. Nel dettaglio, l'impresa o le imprese aggiudicatarie dovranno impegnarsi a prestare nei confronti degli iscritti, dei pensionati di invalidità dei pensionati, dei cancellati, dei dipendenti e dei rappresentanti ministeriali Enpav le prestazioni assicurative previste dal presente Capitolato d'oneri (Polizza Base e Polizza Integrativa) mediante accettazione integrale delle condizioni di seguito descritte.

A pena di esclusione, non sono ammesse offerte difformi/migliorative.

Le disposizioni riportate di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa su eventuali moduli della società assicuratrice allegati alla polizza, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto. La firma apposta dall'Assicurato/Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'eventuale Coassicurazione

POLIZZA BASE

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato valgono le seguenti definizioni:

Accertamento diagnostico

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

Accompagnatore

La persona che assiste l'Assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, che si intende riservata a: iscritti, pensionati di invalidità, cancellati, pensionati, dipendenti e rappresentanti ministeriali dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari e loro familiari.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza infermieristica

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

Associato

Il soggetto iscritto o pensionato dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Veterinari o cancellato dall'Ente, secondo le definizioni di seguito specificate.

Cancellato Enpav

Veterinario iscritto all'albo professionale, ma cancellato dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari.

Contraente

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Veterinari - Enpav, Via Castelfidardo, 41 00185 Roma RM
- Codice fiscale 80082330582, soggetto che stipula la polizza.

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Dipendente

Il soggetto che svolge attività lavorativa alle dipendenze dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari.

Ente

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari – Enpav.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Interventi chirurgici

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'Assicurato.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, della case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Iscritto

Veterinario iscritto all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, che versa contributi al medesimo Ente e non percepisce pensione dallo stesso.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun assicurato o per l'intero nucleo, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Nucleo familiare (opzione base)

Il coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento

Nucleo familiare (opzione migliorativa)

Il coniuge o il convivente “more uxorio” ed i figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento ed i figli in affidamento.

Pensionato

Colui che percepisce trattamento pensionistico dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, ma ha cessato la sua qualifica di iscritto come identificata in precedenza. Si considerano pensionati anche i titolari di pensione indiretta o di reversibilità.

Pensionato di invalidità

Colui che percepisce la pensione di invalidità dall'Enpav ed è iscritto all'Albo dei Medici Veterinari.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società

Rappresentanti ministeriali

Componenti non veterinari del Collegio Sindacale dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Titolare di pensione indiretta

Il superstite dell'iscritto deceduto prima di aver maturato il diritto a pensione.

Titolare di pensione di reversibilità

Il superstite del pensionato deceduto.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione

2. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è operante per gli iscritti all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari e per i pensionati di invalidità, il cui costo della copertura è a carico dell'Ente stesso.

E' data facoltà all'iscritto e per i pensionati di invalidità di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare, così come identificato nelle "Definizioni", con costo a proprio carico.

E' altresì facoltà del pensionato, del titolare di pensione indiretta o di reversibilità, del cancellato, del dipendente e del rappresentante ministeriale Enpav, unitamente anche al relativo nucleo familiare, di aderire al Piano Sanitario Base con costi a proprio carico.

Gli iscritti che passino in quiescenza o che si cancellino dall'Ente nel corso della vigenza del contratto verranno mantenuti in copertura sino alla prima scadenza anniversaria di polizza. Potranno successivamente confermare la garanzia assicurativa con premio a proprio carico a condizione che ciò avvenga senza soluzione di continuità rispetto alla cessazione per quiescenza o alla cancellazione dall'Ente.

In caso di decesso dell'iscritto o del pensionato/cancellato/dipendente/rappresentante ministeriale, gli eventuali familiari assicurati saranno tenuti in garanzia fino alla prima scadenza anniversaria del contratto.

3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante in caso di malattia ed in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, fermo restando quanto specificato al successivo articolo 27 *"Modalità operative del piano relativamente alle situazioni patologiche e agli infortuni preesistenti"*, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici di cui all'allegato elenco A (anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate, purché rientranti nella medesima tipologia)
- Ricovero per Gravi Eventi Morbosi di cui all'allegato elenco B
- Ricovero per "grave malattia od infortunio" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Grave Malattia od Infortunio che provochi all'iscritto, per almeno 4 mesi, l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Malattie oncologiche
- Indennità di ricovero per intervento chirurgico diverso dal grande intervento
- Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in caso di grandi interventi e grandi eventi morbosi
- Alta specializzazione
- Consulenza medico-specialistica second opinion
- Prevenzione odontoiatrica
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Cure dentarie da infortunio
- Garanzia in caso di Brucellosi (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Garanzia invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione (elenco specifico di patologie indicato in garanzia), operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo
- Prenotazione prestazioni sanitarie
- Garanzia di non autosufficienza permanente. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Spese per rimpatrio salma
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Visite specialistiche
- Prevenzione

- Indennità per maternità a rischio (garanzia operante per la sola iscritta all'Ente professionalmente attiva)

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato potrà rivolgersi, con le modalità riportate nella Sezione IV "Norme che disciplinano il sinistro", a:

- 1 Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- 2 Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- 3 Servizio Sanitario Nazionale

4. RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI DI CUI ALL'ALLEGATO ELENCO A

4.1 Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di Grandi Interventi (per gli interventi contenuti nell'elenco "A", anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate, purché rientranti nella medesima tipologia), la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

a. Pre-ricovero: Esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.

b. Intervento chirurgico: Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c. Assistenza medica, medicinali, cure: Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d. Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.

e. Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

f. Assistenza infermieristica privata individuale: Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 gg. per ricovero.

g. Post-ricovero: Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 140 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

h. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni: in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di € 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

4.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di ritorno alla propria abitazione, con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

4.3 Trapianti

In caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 4.1 “*Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici*” e 4.2 “*Trasporto sanitario*” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie, nonché quelle per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da persona vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

4.4 Indennità sostitutiva

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto all’indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a gg. 90 per persona e per anno assicurativo.

4.5 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €400.000,00 per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

5. RICOVERO PER GRAVI EVENTI MORBOSI DI CUI ALL’ALLEGATO ELENCO B

La garanzia è operante in assenza di intervento chirurgico.

5.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di Grave Evento Morboso

In caso di ricovero in Istituto di cura a causa di Gravi Eventi Morbosi (per gli eventi contenuti nell’elenco “B”), la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a. Pre-ricovero: Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l’inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all’Assicurato.

b. Assistenza medica, medicinali, cure: Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

c. Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.

d. Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

e. Assistenza infermieristica privata individuale: Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 45 gg. per ricovero.

f. Post-ricovero: Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall’Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 140 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all’atto delle dimissioni dall’istituto di cura.

g. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni: in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di € 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

5.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di ritorno alla propria abitazione, con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

5.3 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto all'indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a gg. 90 per persona e per anno assicurativo.

5.4 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 400.000,00** per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

6. RICOVERO PER GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO E GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO CHE PROVOCHI ALL'ISCRITTO L'IMPOSSIBILITA' DI ESERCITARE PROFICUAMENTE LA PROFESSIONE PER ALMENO 4 MESI (garanzie operanti esclusivamente per gli iscritti all'Ente professionalmente attivi)

6.1 Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'iscritto

Il parametro economico sulla base del quale valutare l'operatività delle garanzie sopraindicate corrisponde ai seguenti importi: l'iscritto deve presentare nell'anno in cui si è verificato l'evento un reddito lordo annuo non superiore a € 20.000,00, aumentato di € 3.000,00 per ogni familiare totalmente a carico.

Qualora il carico fiscale attribuito corrisponda al 50%, il conteggio verrà effettuato sulla base dell'effettivo carico fiscale dichiarato ed attribuito all'assicurato; pertanto l'importo verrà aumentato di € 1.500,00 per ogni familiare a carico al 50%.

6.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste possono essere erogate a condizione che:

- nei confronti dell'iscritto non sia stato assunto il provvedimento di sospensione dell'attività professionale;
- l'iscritto sia in regola col versamento dei contributi dovuti per la gestione invalidità vecchiaia e superstiti dell'Ente;
- in caso di decesso dell'iscritto, alla data della morte, sussistano tutti i requisiti suddetti.

L'onere della prova che esistano i requisiti richiesti è a carico dell'iscritto che inoltra domanda di prestazione.

6.3 Termini di decadenza

La richiesta di rimborso deve essere spedita alla Società entro 180 gg., salvo comprovati impedimenti, dalla data dell'evento che ha determinato la condizione di particolare bisogno, e deve contenere una

descrizione particolareggiata delle circostanze o delle situazioni di notevole gravità; ad essa dovranno essere allegati prove circostanziate relative allo stato di particolare bisogno.
La Società contatterà quindi l'Ente, con cui verificherà l'esistenza delle condizioni per l'erogazione delle prestazioni.

6.4 Massimali assicurati

I massimali assicurati per ogni iscritto corrispondono ai seguenti importi:

€ 20.000,00 per la garanzia "Ricovero per grave malattia o infortunio";

€ 10.000,00 per la garanzia "Grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi".

7. MALATTIE ONCOLOGICHE

Nel caso di malattie oncologiche, la Società rimborsa le spese ospedaliere ed extraospedaliere sostenute per chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser. Sono inoltre comprese nella garanzia le visite mediche e gli accertamenti diagnostici conseguenti alla diagnosi di una malattia oncologica.

Qualora vengano utilizzate strutture sanitarie convenzionate, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a **€ 10.000,00** per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale è da intendersi per nucleo.

8. INDENNITÀ DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO DIVERSO DAL GRANDE INTERVENTO

In caso di ricovero per intervento chirurgico diverso da Grande Intervento, la Società corrisponde un'indennità di € 50,00 al giorno per un massimo di gg. 90 per ricovero.

9. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Ecografia
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia

- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

b) Accertamenti

- Amniocentesi
- Colonscopia diagnostica
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Ecoendoscopia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Gastrosopia diagnostica
 - Harmony test, in alternativa a prelievo dei villi coriali o amniocentesi (si intende equiparato ad Harmony test qualsiasi altro test prenatale non invasivo che preveda il semplice prelievo del sangue materno con analisi del DNA fetale circolante per la ricerca di anomalie cromosomiche)
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Ecografia mammaria (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)
- PET
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

c)Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 7.500,00** per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, ad eccezione di una franchigia di € 30,00 per accertamento diagnostico o per ciclo di terapia che viene versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico nei limiti del massimale assicurato.

10. CONSULENZA MEDICO-SPECIALISTICA SECOND OPINION

Qualora l'Assicurato, cui sia stata diagnosticata una delle patologie sotto elencate, avverta l'esigenza di ricevere un secondo parere medico sui responsi ricevuti dai sanitari curanti, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa della Società attraverso il numero telefonico messo a tal fine a disposizione.

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, accertata la necessità della richiesta, individua gli specialisti convenzionati in grado di valutare il caso clinico in esame e li sottopone all'Assicurato per la sua scelta finale.

Successivamente si procede con il consulto.

L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre prestazioni per anno.

La Società tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione della consulenza medico-specialistica, incluso l'onorario dello specialista consultato.

Rimangono a carico dell'Assicurato il costo di tutti gli esami necessari (esami diagnostici, esami di laboratorio, immagini fotografiche, ecc.) per il consulto ed eventualmente il costo di ulteriori accertamenti richiesti dallo specialista contattato.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

11. GARANZIA ODONTOIATRICA

11.1 Prevenzione odontoiatrica

In deroga a quanto previsto dall'art. 39 *"Esclusioni dall'assicurazione"* al punto 3, la Società dovrà provvedere al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale per anno in Strutture Sanitarie convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi etc.

Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa.

11.2 Interventi chirurgici odontoiatrici

La Società dovrà rimborsare le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o mascella.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 7.500,00** per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari suo carico, nei limiti del massimale assicurato.

11.3 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto art. 39 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, dovrà liquidare all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale assicurato corrisponde a € 1.000,00 per anno assicurativo e per Assicurato; in caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare.

12. GARANZIA IN CASO DI BRUCELLOSI (garanzia operante per il solo iscritto all'Ente e per i pensionati di invalidità Enpav)

La Società riconoscerà un indennizzo di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00) qualora, in un momento successivo alla data di effetto di tale garanzia, venga diagnosticata la brucellosi al veterinario iscritto.

Verrà riconosciuto un ulteriore indennizzo di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00) per ogni mese di inattività professionale derivante dalla malattia, fino ad un massimo di nove mesi.

L'indennità mensile matura il 16° giorno di inattività continuativa.

La brucellosi viene riconosciuta dall'I.N.A.I.L. quale malattia professionale del veterinario; pertanto la Società garantisce la corresponsione dell'indennità solamente al veterinario che contragga tale patologia durante l'esercizio della professione e sino al compimento del 65° anno di età.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante l'insorgenza della malattia corredato dalla copia della relativa documentazione medica richiesta, attenendosi alle modalità indicate all'art. 41.6 "*Norme relative alla liquidazione relativa alla "garanzia in caso di diagnosi per brucellosi"*".

13. GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE (garanzia operante per il solo iscritto all'Ente e per il pensionato di invalidità Enpav)

13.1 Definizione della garanzia

La Società dovrà garantire il caso in cui una delle sotto riportate patologie, contratta successivamente alla decorrenza della polizza e manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione della stessa, produca come conseguenza un'invalidità permanente.

Le patologie sono:

- Carbonchio
- Dermatofitosi
- Echinococcosi
- Leptosirosi
- Listeriosi
- Psittacosi
- Rickettsiosi
- Toxoplasmosi
- Tularemia

La Società dovrà corrispondere l'indennizzo per le conseguenze dirette cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente, quindi, dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla patologia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione della eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

Il capitale assicurato per questa garanzia è pari ad € 40.000,00.

Per dare avvio alla procedura di indennizzo del sinistro, sarà necessario presentare alla Società specifica documentazione medica come indicato all'art. 41.7 "*Norme relative alla liquidazione della Garanzia Invalidità Permanente*".

13.2 Determinazione dell'indennità

L'indennità viene calcolata in base alla seguente tabella di riparametrazione.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Percentuale di invalidità accertata	Percentuale di invalidità liquidata
da 0 a 24	0
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
Da 35 a 55	Da 35 a 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
Da 66 a 100	100

L'accertamento dell'eventuale grado di invalidità permanente residua viene effettuato non prima di un anno dalla data della denuncia del sinistro e, comunque, a situazione clinica stabilizzata.

14. PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la Società.

15. GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)

15.1 Oggetto della garanzia

La Società garantisce all'Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'erogazione di una rendita.

15.2 Persone assicurate

La copertura assicurativa è valida per tutti gli iscritti all'Ente professionalmente attivi, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "Condizioni di assicurabilità".

15.3 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento dell'ingresso in copertura, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invalidità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

15.4 Somma assicurata

La somma garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 6.000,00** all'anno;

Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata di 5 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente.

15.5 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),

e necessari in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

15.6 Modalità di erogazione della rendita

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata".

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di dipendenza dell'Assicurato.

– Erogazione in forma di rendita

La rendita verrà erogata, per la prima volta, con valuta pari al primo giorno del mese successivo alla comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza, se questa ha data compresa tra il 1° e il 10° giorno del mese, oppure con valuta pari al primo giorno del secondo mese successivo alla comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza se questa ha data successiva al 10° giorno del mese.

L'importo della prima corresponsione comprende anche le rate di rendita maturate tra la data di presentazione della richiesta completa e quella di effettiva erogazione.

15.7 Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

15.8 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla Società.

Al verificarsi della perdita di autosufficienza, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti deve richiedere per iscritto alla Società il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Alla richiesta devono essere allegati:

- un certificato del medico curante che attesti la perdita permanente di autosufficienza
 - una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza
- entrambi redatti su appositi modelli forniti dalla Società.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione ("data di denuncia"), decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni sulle predette cause, nonché ulteriore documentazione medica.

Ultimati i controlli medici, la Società comunica per iscritto all'Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

15.9 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti al punto relativo alla somma assicurata - nella forma di seguito indicata:

- erogazione della prestazione in forma di rendita;

15.10 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà, inoltre, richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

16. SPESE RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato successivamente a ricovero conseguente a eventi assicurati, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite di **€ 1.000,00** e per l'Assicurato; nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale sopraindicato è da intendersi per nucleo familiare.

17. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici:

- a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso
- a seguito di malattia

I trattamenti devono essere prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per i trattamenti effettuati a seguito di infortunio:

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato nei limiti del massimale assicurato.

Per i trattamenti effettuati a seguito di malattia:

Le prestazioni potranno essere effettuate esclusivamente in Strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato con la Società.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, ad eccezione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla Struttura stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato nei limiti del massimale assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 500,00** per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

18. VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è operante unicamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30,00 per prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 750,00** se è assicurato solo il singolo titolare di polizza, mentre si intende innalzato a **€ 1.200,00** se è assicurato anche il nucleo familiare.

Laddove sia stato attivato anche il piano integrativo, i sinistri dovranno essere gestiti secondo la modalità più favorevole per l'assicurato.

19. PREVENZIONE (garanzia operante per il solo titolare) – opzione base

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti "prevenzione cardiovascolare" e "prevenzione oncologica" effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

L'Assicurato potrà scegliere un unico pacchetto per anno assicurativo, con il vincolo che il pacchetto "prevenzione oncologica" potrà essere effettuato una volta ogni due anni, e dovrà effettuare le prestazioni in un'unica soluzione.

Prestazioni previste una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Elettrocardiogramma di base
- Elettroliti sierici
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)

- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Ecografia prostatica
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Mammografia
- Omocisteina
- PAP-Test
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

19. PREVENZIONE (garanzia operante per il solo titolare) – opzione migliorativa qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti “prevenzione cardiovascolare” e “prevenzione oncologica” effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

L'Assicurato potrà scegliere un unico pacchetto per anno assicurativo, con il vincolo che il pacchetto “prevenzione oncologica” potrà essere effettuato una volta ogni due anni, e dovrà effettuare le prestazioni in un'unica soluzione.

Laddove entro un raggio di 20 km dalla residenza/domicilio dell'assistito non vi sia un centro in grado di erogare il pacchetto prevenzione in un'unica soluzione, verrà garantita la possibilità di sostenere gli esami in più soluzioni, sempre di concerto con la centrale operativa.

Prestazioni previste una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Elettrocardiogramma di base
- Elettroliti sierici
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Ecografia prostatica
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia

- Mammografia
- Omocisteina
- PAP-Test
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

20. INDENNITA' PER MATERNITA' A RISCHIO PER LAVORATRICI AUTONOME (garanzia operante per la sola iscritta all'Ente professionalmente attiva) - opzione base

La Società provvede al pagamento di un importo pari a € 600,00 al mese solo per lavoratrici autonome, nel caso in cui all'iscritta sia riconosciuto lo stato di maternità a rischio.

Per poter richiedere il pagamento dell'indennità, l'Assicurata dovrà essere in possesso di codice di esenzione M50 (ed eventuali successive riclassificazioni), rilasciato da medico ginecologo operante presso struttura ASL esclusivamente a fronte di gravi complicanze della gestazione e preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dalla gravidanza.

Si precisa che in alternativa al tesserino con codice M50 o successivi, è possibile presentare copia di ricetta «rossa» emessa da medico ginecologo ASL (o analoghi acronimi), che riporti indicazione di tale codice o successivi.

L'indennità non viene erogata nel caso in cui la maternità a rischio sia riconosciuta per cause diverse da quelle sopra indicate.

L'assicurata dovrà, inoltre, mettere a disposizione della Società la documentazione medica inerente la/le patologia/e che hanno portato al riconoscimento dello stato di rischio. La Società si riserva il diritto di verificare la documentazione presentata per la propria valutazione.

L'importo verrà calcolato dal giorno dell'attribuzione del codice di esenzione M50 (o da altro documento come sopra indicato) al termine del VII mese di gravidanza e, comunque, per un massimo di 5 mesi e verrà erogato in un'unica soluzione al termine del VII mese di gravidanza (farà fede la data presunta del parto). In caso di frazioni di mese, l'importo verrà calcolato secondo pro rata temporis.

20. INDENNITA' PER MATERNITA' A RISCHIO PER LAVORATRICI AUTONOME (garanzia operante per la sola iscritta all'Ente professionalmente attiva) - opzione migliorativa

La Società provvede al pagamento di un importo pari a € 600,00 (**o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica**) al mese solo per lavoratrici autonome, nel caso in cui all'iscritta sia riconosciuto lo stato di maternità a rischio.

Per poter richiedere il pagamento dell'indennità, l'Assicurata dovrà essere in possesso di codice di esenzione M50 (ed eventuali successive riclassificazioni), rilasciato da medico ginecologo operante presso struttura ASL esclusivamente a fronte di gravi complicanze della gestazione e preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dalla gravidanza.

Si precisa che in alternativa al tesserino con codice M50 o successivi, è possibile presentare copia di ricetta «rossa» emessa da medico ginecologo ASL (o analoghi acronimi), che riporti indicazione di tale codice o successivi.

L'indennità non viene erogata nel caso in cui la maternità a rischio sia riconosciuta per cause diverse da quelle sopra indicate.

L'assicurata dovrà, inoltre, mettere a disposizione della Società la documentazione medica inerente la/le patologia/e che hanno portato al riconoscimento dello stato di rischio. La Società si riserva il diritto di verificare la documentazione presentata per la propria valutazione.

L'importo verrà calcolato dal giorno dell'attribuzione del codice di esenzione M50 (o da altro documento come sopra espresso) al termine del VII mese di gravidanza (**o come diversamente indicato nella**

scheda di offerta tecnica) e, comunque, per un massimo di 5 mesi e verrà erogato in un'unica soluzione al termine del VII mese di gravidanza (**o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica**) (farà fede la data presunta del parto). In caso di frazioni di mese, l'importo verrà calcolato secondo pro rata temporis.

21. SUPPORTO PSICOLOGICO (garanzia operante per il solo titolare) – opzione migliorativa

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute per colloqui psicoterapici prescritti da medico iscritto all'albo, sulla base di quanto previsto nella scheda di offerta tecnica.

22. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI

22.1 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati verranno liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle previste all'art.4.1, lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*" e all'art. 4.2 "*Trasporto sanitario*", che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati. .

22.2 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate verranno rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10% (l'importo a carico dell'Assicurato, comunque, non potrà essere inferiore a € 250,00 -franchigia minima-, né superiore a € 2.500,00 -franchigia massima-), ad eccezione delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

a) Art. 4.1 "*Ricovero in istituto di cura*"

lett. d) "*Rette di degenza*";

lett. e) "*Accompagnatore*";

lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*"

lett. h) "*Indennità di convalida*"

b) Art. 4.2 "*Trasporto sanitario*"

che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

22.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 4.4 "*Indennità sostitutiva*".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al precedente art. 22.1 "*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati*" o art. 22.2 "*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

23. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI EVENTI MORBOSI

23.1 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In questo, caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di

quelle previste all'art. 5.1, lett. e) *“Assistenza infermieristica privata individuale”* ed all'art. 5.2 *“Trasporto sanitario”*, che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai medesimi punti.

23.2 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10%, ad eccezione delle seguenti:

a) Art. 5.1 *“Ricovero in istituto di cura a seguito di grave evento morboso”*:

lett. c) *“Rette di degenza”*;

lett. d) *“Accompagnatore”*;

lett. e) *“Assistenza infermieristica privata individuale”*

lett. g) *“Indennità di convalescenza”*

b) Art. 5.2 *“Trasporto sanitario”*

che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

23.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 5.3 *“Indennità sostitutiva”*.

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al precedente art. 23.1 *“Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati”* o art. 23.2 *“Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”*.

24. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO PER GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO E GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO CHE PROVOCHI ALL'ISCRITTO L'IMPOSSIBILITÀ DI ESERCITARE PROFICUAMENTE LA PROFESSIONE PER ALMENO 4 MESI

L'erogazione delle prestazioni previste dalle garanzie di cui al precedente articolo 6 *“Ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”* avverrà con le seguenti modalità:

a. Per entrambe le garanzie l'evento che ha determinato il disagio economico dovrà essersi verificato in un momento successivo all'ingresso dell'assistito nella copertura.

b. Ai fini dell'attivazione della garanzia *“grave malattia o infortunio”* sarà necessario produrre la documentazione attestante la gravità delle condizioni di particolare disagio economico, nonché la richiesta di rimborso in relazione alle spese sostenute e documentate.

c. Tali erogazioni verranno effettuate esclusivamente dietro presentazione della dichiarazione dei redditi attestante il volume complessivo dei redditi prodotti nell'anno in cui si è verificato l'evento; al fine dell'operatività delle garanzie il reddito dell'iscritto dovrà risultare non superiore a quanto indicato all'art. 6.1 *“Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'iscritto”*.

d. Per quanto attiene la garanzia *“grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”* potrà essere richiesto il rimborso di giustificativi medici; quanto disciplinato precedentemente potrà essere erogato esclusivamente dietro

presentazione alla Società della dichiarazione dei redditi prodotti nell'anno precedente al verificarsi dell'evento, nonché quella dei redditi prodotti nell'anno di accadimento dell'evento che dovranno comprovare la diminuzione di reddito nell'anno di accadimento dell'evento medesimo nonché la conformità del reddito agli importi indicati all'art. 6.1 "Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'iscritto".

e. Nel caso in cui la malattia o l'infortunio abbiano comportato l'attivazione della garanzia per "Grande intervento chirurgico" o per "Grave evento morboso", si procederà alla sola liquidazione delle spese relative alle garanzie sopraindicate.

25. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

25.1 Inclusioni del nucleo familiare come identificato nelle "Definizioni"

Il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", potrà essere incluso mediante pagamento del relativo premio e comunicazione dei dati anagrafici dei familiari secondo le modalità condivise con la Società entro 60 gg. dalla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi iscritti/dipendenti/rappresentanti ministeriali, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura del termine di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale della polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

La relativa inclusione verrà gestita in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento.

25.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 25.1, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura; essa verrà effettuata mediante comunicazione dei dati anagrafici dei familiari secondo le modalità condivise con la Società.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre a condizione che questa venga comunicata entro 45 gg. e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempre a condizione che sia stato pagato il relativo premio.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

La relativa inclusione verrà gestita in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento.

25.3 Nuove iscrizioni / assunzioni / nuove nomine

Nel caso di nuove iscrizioni / assunzioni / nomine, la garanzia per il neo-iscritto / dipendente / rappresentante ministeriale Enpav / pensionato di invalidità decorrerà dal giorno della comunicazione dell'iscrizione / assunzione / nomina / indicazione da parte dell'Ente alla Società.

Qualora il neo-iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale/pensionato di invalidità Enpav intenda inserire il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", dovrà effettuare l'inclusione nella copertura entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina/indicazione da parte dell'Ente alla Società; per l'annualità assicurativa in corso all'atto dell'iscrizione/assunzione/nomina l'inclusione del nucleo familiare non potrà essere

effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato. L'inclusione verrà effettuata mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio.

La garanzia per il nucleo familiare decorrerà in forma rimborsuale contestualmente a quella del neo-iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale/pensionato di invalidità Enpav, mentre in forma di assistenza diretta dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

Le relative inclusioni verranno gestite in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento.

25.4 Inclusioni di pensionati / cancellati Enpav

Gli Associati dell'Ente che risultino titolari di pensione erogata dall'Ente stesso, anche indiretta o di reversibilità, alla data di decorrenza della copertura, potranno aderire al piano sanitario solo per sé stessi o anche per il nucleo familiare mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio.

Qualora non aderiscano entro il termine sopra indicato, non potranno più essere inclusi nella copertura, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

L'iscritto che diviene pensionato o che si cancella dall'Ente in data successiva alla data di effetto della polizza, ed eventualmente il relativo nucleo familiare, se assicurato, rimarranno in copertura fino alla scadenza annuale della polizza.

Nel caso di decesso del pensionato o del cancellato, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

Le relative inclusioni verranno gestite in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento .

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai precedenti punti 25.2, 25.3 e 25.4, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia è pari:

al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;

al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

25.5 Cessazione dell'iscrizione all'Ente / dimissione o licenziamento del dipendente/dimissione o sostituzione del rappresentante ministeriale

Nel caso di cessazione di iscrizione all'Ente del veterinario, di dimissione o licenziamento del dipendente, di dimissione o sostituzione del rappresentante ministeriale, la copertura assicurativa dello stesso avrà termine alla prima scadenza annuale di polizza.

25.6 Decesso dell'iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale Enpav

Nel caso di decesso dell'iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla prima scadenza annuale della polizza.

26. ENTITA' DEL PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

I premi annui lordi per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- € ...**(come da offerta economica)** (euro .../...) polizza assicurativa base per iscritti, pensionati di invalidità, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav;
- € ...**(come da offerta economica)** (euro .../...) per l'estensione al coniuge o convivente more uxorio della polizza assicurativa base;
- € ...**(come da offerta economica)** (euro .../...) per l'estensione della polizza assicurativa base a ciascun figlio convivente o, se non convivente, fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. **29653 iscritti all'Ente e pensionati di invalidità**.

Nel caso in cui si riscontri un maggiore numero di iscritti e pensionati di invalidità alla data di decorrenza della polizza, rispetto al quale è stato calcolato il premio anticipato. La relativa differenza verrà gestita in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento, che dovrà essere regolata dall'Ente entro gg. 60.

La copertura per l'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale ed eventualmente per il nucleo familiare incluso avrà effetto, in forma rimborsuale, dalle ore 24.00 del giorno nel quale ha inizio la polizza.

Le prestazioni in forma diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la Società verranno erogate dal 40° giorno di decorrenza della polizza.

27. MODALITÀ OPERATIVE DEL PIANO RELATIVAMENTE ALLE SITUAZIONI PATOLOGICHE E AGLI INFORTUNI PREESISTENTI

Per gli iscritti all'Ente e per i pensionati di invalidità Enpav, la copertura opera senza alcuna limitazione relativamente a situazioni patologiche preesistenti l'ingresso dell'Assicurato nella copertura, salvo quanto previsto al punto 12 "*Garanzie in caso di brucellosi*", al punto 13 "*Garanzia di invalidità permanente*" e al successivo art. 39 "*Esclusioni dall'assicurazione*".

Per i familiari degli iscritti, per i cancellati, per i pensionati, per i dipendenti e per i rappresentanti ministeriali Enpav, nonché per i loro nuclei familiari che vengano inclusi nella garanzia entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, varrà il medesimo principio indicato al precedente capoverso.

Per tutti coloro che vengano inseriti volontariamente nella copertura oltre tale data, la garanzia opererà con l'esclusione delle situazioni patologiche e infortuni preesistenti alla data di inclusione del piano relativamente alla garanzia "Gravi Eventi Morbosi".

27.1 OPERATIVITA' COPERTURA

Per tutti gli assicurati che alla data del 31/12/2018 risultassero già in copertura nella polizza n°31006547 RBM Assicurazioni, la presente polizza opera senza soluzione di continuità per tutte le garanzie prestate.

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI

28. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE / DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2018, ovvero dalle 00.00 del 01/01/2019, se il premio o la prima rata di premio saranno stati pagati e avrà scadenza alle ore 24:00 31/12/2020, ovvero alle 00.00 del 01/01/2021. In caso contrario la polizza decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento, ovvero dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resterà sospesa dalla ore 24 del 60° giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento, ovvero dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La polizza avrà durata di anni due, eventualmente rinnovabili per un ulteriore anno al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto.

La domanda di rinnovo dovrà essere effettuata dal Contraente entro 210 giorni dalla data di scadenza della seconda annualità di polizza.

La Società comunicherà accettazione o rifiuto della richiesta non oltre 180 giorni dalla scadenza della seconda annualità di polizza. In mancanza di riscontro da parte della Società, il contratto si intenderà rinnovato per un ulteriore anno.

28.1 Clausola risolutiva espressa e risoluzione del contratto per inadempimento - Recesso

Ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile il Committente si riserva inoltre la facoltà di risolvere il contratto nei seguenti casi:

- a. qualora a carico dell'Appaltatore sia intervenuto stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività, di concordato preventivo e di qualsiasi altra situazione equivalente;
- b. cessione di credito non autorizzata, cessione del contratto totale o parziale a terzi o subappalto del servizio senza preventiva autorizzazione scritta del Committente;
- c. mancato pagamento di oneri, contributi o salari del personale dipendente;
- d. in caso di frode, di grave negligenza, di contravvenzione nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni contrattuali;
- e. Sopravvenuta sospensione, revoca, decadenza o annullamento dell'iscrizione all'anagrafe dei Fondi Integrativi sanitari di cui al decreto del Ministero del Lavoro, della della Salute e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2009.

In tutte le sopra indicate ipotesi il Committente, qualora intendesse procedere alla risoluzione del contratto, comunicherà all'Appaltatore, mediante lettera raccomandata, la sua intenzione, indicando l'ammontare dei danni subiti. Trascorsi 15 giorni dalla comunicazione il contratto si intenderà risolto.

Nell'ipotesi di risoluzione del contratto, l'Appaltatore avrà ragione soltanto al pagamento dei servizi eseguiti regolarmente e sarà passibile del danno che pervenisse al Committente dalla stipulazione di un nuovo contratto e/o dall'esecuzione d'ufficio.

Nei casi suddetti, fino a regolarizzazione di ogni pendenza, il Committente tratterà in garanzia quanto, a qualsiasi titolo, risultasse a credito dell'Impresa e provvederà comunque d'ufficio ad incamerare la cauzione definitiva.

L'Appaltatore si impegna comunque ad assicurare la continuità degli interventi oggetto del presente Capitolato, anche nel caso di anticipata risoluzione del contratto, fino al successivo affidamento dei servizi a terzi. Resta inteso che, fino al perfezionamento del nuovo contratto, rimangono in capo all'Appaltatore stesso le responsabilità civili e penali.

Il contratto potrà comunque venire risolto ex art. 1456 c.c. in caso di commissione di un reato previsto dal D.Lgs 231/2001 e successive modifiche e integrazioni ed accertato con sentenza passata in giudicato, a seguito di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.c. nonché in caso di irrogazione, anche in sede cautelare, delle sanzioni interdittive del divieto di contrattare con la pubblica amministrazione o dell'interdizione dall'esercizio dell'attività.

In ogni caso, al momento dell'apertura di un procedimento in sede penale nei confronti dell'appaltatore per reati rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, dovrà esserne data informazione immediata al Committente, che avrà la facoltà di risolvere il contratto per il verificarsi di tale condizione risolutiva ex art. 1353 c.c."

29. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

30. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione saranno a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

31. FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

32. TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento.

33. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

34. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze dal medesimo stipulate per lo stesso rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

35. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

36. TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale.

Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) n. **7608681231**.

37. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto – ivi compreso il pagamento dei premi – dell'assistenza e della consulenza del Broker.

Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola

eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo – dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, anche per tramite del Broker.

Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente.

La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera – ai fini di quanto disposto dall'art. 1091 C.C. – come eseguito nei confronti della Società e deve, pertanto, intendersi liberatorio per il Contraente.

Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicare alla Società l'eventuale revoca, ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto.

SEZIONE III- LIMITAZIONI

38. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

39. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- 1 - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- 2 - la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3 - le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 4 - le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 5 - i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 6 - i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 7 - gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo;
- 8 - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 9 - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alla relative prove di allenamento;
- 10 - gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 11 - le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 12 - le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 13 - limitatamente alle prestazioni previste all'art. 11 "Garanzia odontoiatrica", l'Assicurazione non è operante per:
 - a) protesi estetiche;
 - b) trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

40. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti, i dipendenti ed i rappresentanti ministeriali Enpav.

Per i pensionati è previsto un limite di età di 85 anni.

Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di 85 anni.

Per i familiari è previsto un limite di età di 85 anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di 30 anni per i figli.

Per le persone che raggiungano le età sopra indicate in corso d'anno, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annuale del premio.

SEZIONE IV – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

41. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato, o chi per esso, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi articoli 41.1 "*Sinistri in strutture convenzionate con la Società*", 41.2 "*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*" e 41.3 "*Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*".

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 41.2 "*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*", ed all'art. 22.2 "*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*", ed art. 23.2 "*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

41.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero, dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero, l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine, l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate o sotto franchigia/scoperto.

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti 41.2 "*Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società*" e 41.3 "*Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

41.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società la documentazione necessaria, anche in modalità telematica:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;

- in caso di ricovero*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso, l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'art. 22.2 *“Modalità di erogazione delle prestazioni- prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”*, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

41.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti articoli 41.1 *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”* e 41.2 *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”*.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

41.4 Norme relative alla liquidazione delle garanzie “Ricovero per grave malattia o infortunio” e “Grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”

L'Ente provvederà a comunicare alla Società l'esito della verifica della sussistenza delle condizioni di cui all'art. 6.2 *“Condizioni per l'erogazione delle prestazioni”*.

L'iscritto dovrà inviare direttamente al Servizio Liquidazione indicato nel modulo di adesione la richiesta del contributo unitamente alla seguente documentazione.

A Per la garanzia “Ricovero per grave malattia o infortunio” di cui all'art. 24 *“Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”*, terzo capoverso, modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, nonché le copie delle notule di spesa per il ricovero e la dichiarazione dei redditi dell'anno in cui si è verificato l'evento in copertura per la valutazione dell'effettivo disagio economico.

B Per la garanzia “Grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi” di cui all'art. 24 “*Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi*”, quarto capoverso, modulo di denuncia del sinistro corredato dal certificato che attesti l'impossibilità di esercitare la professione per almeno 4 mesi; ultime due dichiarazioni dei redditi, la prima relativa all'anno precedente all'evento in copertura, la seconda relativa all'anno in cui si è verificato l'evento.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna alla Società della documentazione di cui ai punti A) e B) del presente articolo. In ogni caso, l'indennizzo sarà pagato in Euro, ma relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La Società provvederà ad erogare il contributo, nei limiti previsti all'art. 6.4 “*Massimali assicurati*”, previo conseguimento da parte dell'Ente o dell'Assicurato stesso delle informazioni sulla conformità della posizione dell'iscritto alle condizioni per l'erogazione delle prestazioni e alla effettiva consistenza del reddito comportante la situazione di particolare disagio economico.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'art. 22.2 “*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*”, in caso di attivazione della garanzia “Grande Intervento Chirurgico” oppure con le modalità di cui all'art. 23.2 “*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*”, in caso di attivazione della garanzia “Grave Evento Morboso”, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

41.5 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta, ad es. denuncia dei redditi).

La liquidazione degli indennizzi da parte della Società oltre i termini previsti nel presente Capitolato determina, in favore dell'Assicurato, il pagamento di una penale pari al 15% dell'indennizzo dovuto.

41.6 Norme relative alla liquidazione relativa alla “Garanzia in caso di diagnosi per brucellosi” Denuncia del sinistro e oneri relativi

L'iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante la diagnosi di brucellosi e la relativa data di insorgenza, corredato dalla copia della documentazione medica richiesta, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della malattia, l'iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia indennizzabili. La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

Ai fini della liquidazione dell'indennizzo, l'Assicurato dovrà necessariamente fornire alla Società il certificato attestante la durata di inattività professionale.

41.7 Norme relative alla liquidazione della “Garanzia Invalidità permanente”

A) Denuncia del danno e obblighi relativi

Nel caso di malattia che abbia comportato, o sembri comportare, un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia, deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata alla Società, entro 180 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Alla denuncia dovrà essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

a) copia del certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;

b) copia della cartella clinica, conforme all'originale, ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, sarà concesso il termine di 180 giorni dalla scadenza per la relativa denuncia.

L'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

B) Criteri di liquidazione

Entro un mese dalla determinazione del grado di invalidità permanente, la Società liquiderà l'indennizzo che risulterà dovuto e provvederà al pagamento se ed in quanto sia dovuto ed accettato dall'Assicurato. Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo, quindi, al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Nell'ipotesi che il trattamento terapeutico determini, invece, un peggioramento della situazione patologica in atto, anche attraverso effetti collaterali, nella valutazione del danno la Società terrà conto del conseguente maggior pregiudizio.

Se l'Assistito muore per causa indipendente dall'infortunio, dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, la Società paga ai beneficiari o agli eredi l'importo liquidato od offerto.

Se l'Assistito muore, per causa indipendente dall'infortunio, prima dell'accertamento dei postumi permanenti, la Società paga ai beneficiari e agli eredi l'importo che verrà determinato in seguito all'invio da parte di quest'ultimi della documentazione medica comprovante l'invalidità.

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente, quindi, dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla malattia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione della eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggiore pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

In caso di riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di invalidità permanente accertata saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società verserà gli indennizzi contro regolare quietanza, sottoscritta dagli Assicurati coinvolti o dai loro aventi diritto, pienamente liberativa.

41.8 Gestione documentazione di spesa

A Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura all'Assicurato.

B Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica o in via telematica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge, mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

42. RISOLUZIONE BONARIA DELLE CONTROVERSIE

Con cadenza trimestrale, rappresentanti del Contraente, della Società e del Broker si incontreranno presso la sede del Contraente, o in altro luogo concordato, per esaminare e valutare congiuntamente i casi che hanno portato a contenzioso, al fine di trovarne bonaria risoluzione, nonché ogni situazione relativa al contratto che necessiti di ulteriore valutazione.

43. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Laddove non si raggiungesse accordo in occasione degli incontri trimestrali, eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

44 - REPORTISTICA

La Società, su base trimestrale, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico condiviso con il Contraente, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società;
- b) la data di accadimento dell'evento;
- c) la tipologia di Assicurato (es. iscritto, pensionato, familiare...);
- d) sesso dell'Assicurato
- e) età dell'Assicurato

- f) la garanzia di polizza interessata;
- g) la tipologia di evento (es: ricovero per grande intervento chirurgico, visita, accertamento diagnostico, prevenzione...);
- h) nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico, la patologia con indicazione del codice ICD9;
- i) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia);
- j) se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- k) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società);
- l) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo;
- m) la data di avvenuto pagamento.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

45. RECLAMI

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia di Assicurazione.

Il reclamo deve contenere il nome, cognome, codice fiscale e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (www.ivass.it), telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

I reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm – chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi a un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015. A tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto
- procedura di arbitrato, ove prevista
- procedura di commissione paritetica, ove prevista

46. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI “PRIVACY”

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Enpav alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

ALLEGATO A

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate, purché rientranti nella medesima tipologia)

Tumori

Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale di tumori maligni, compresa 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 gli 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.

Neurochirurgia

• **Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale.** Ad esempio:

- a) craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- b) asportazione di neoplasie endocrine, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche;
- c) operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico;
- d) interventi di derivazione liquorale diretta o indiretta;
- e) operazioni per encefalo meningocele;
- f) lobotomia ed altri interventi di psichirurgia;
- g) talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
- h) interventi per epilessia focale;
- i) neurtomia retrograsseriana, sezione intracranica di altri nervi;
- j) emisferectomia;
- k) idrocefalo ipersecretivo;
- l) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- m) chirurgia translabyrinthica della vertigine.

• **Interventi di cranioplastica**

- a) inclusa la plastica per paralisi del nervo facciale;
- b) inclusa la correzione del naso a sella;
- c) inclusa la riduzione delle fratture mandibolari con osteosintesi.

• **Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale**

• **Asportazione tumori dell'orbita**

- a) per via endocranica

• **Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari).** Ad esempio:

- a) interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari; Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore

• **Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore**

• **Interventi sul plesso brachiale.** Ad esempio:

- a) vagotomia per via toracica;
- b) interventi associati sul simpatico cervicale e sui nervi splanchnici.

Oculistica

- **Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare** compresi:

- a) iridocicloretrazione;
- b) trabeculectomia

- **Intervento di enucleazione del globo oculare**

Otorinolaringoiatra

- **Asportazione di tumori maligni del cavo orale.** Ad esempio:

- a) parotidectomia con conservazione del facciale
- b) asportazione della parotide per neoplasie maligne
- c) interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
- d) interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento gangliare.

- **Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)**

- **Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale).** Ad esempio:

- a) laringectomia orizzontale sopraglottica
- b) laringectomia parziale verticale
- c) laringectomia totale
- d) faringo-laringectomia

- **Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare.** Ad esempio:

- a) demolizione dell'osso frontale
- b) decompressione del nervo facciale
- c) decompressione del nervo facciale con innesto o raffia
- d) resezione del nervo petroso superficiale
- e) resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- f) resezione del mascellare superiore
- g) operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- h) frattura del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico
- h) frattura dei mascellari superiori: trattamento chirurgico ortopedico

- **Ricostruzione della catena ossiculare.** Ad esempio:

- a) chirurgia della sordità otosclerotica

- **Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico**

- **Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.** Ad esempio:

- a) timpano plastica

Chirurgia del collo

- **Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale**

- **Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia**

Chirurgia dell'apparato respiratorio

• **Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici.** Ad esempio:

- a) resezioni segmentarie e lobectomia
- b) decorticazione polmonare
- c) pleuro-pneumectomia
- d) toracectomia
- e) toracoplastica

• **Interventi per fistole bronchiali.**

• **Interventi per echinococcosi polmonare**

• **Pneumectomia totale o parziale**

• **Interventi per cisti o tumori del mediastino.** Ad esempio:

- a) asportazione del timo

Chirurgia cardiovascolare

• **Interventi sul cuore per via toracotomica.** Ad esempio:

- a) pericardiectomia
- b) sutura del cuore per ferite
- c) interventi per corpi estranei del cuore
- d) interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- e) commissurotomia
- f) valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
- g) sostituzione valvolare con protesi
- h) infartectomia in fase acuta
- i) resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- j) by-pass aortocoronarico con vena
- k) by-pass aortocoronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- l) impianto di arteria mammaria secondo Vineber singolo o doppio
- m) impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
- n) asportazione di tumori endocavitari del cuore

• **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica.** Ad esempio:

- a) operazione per embolia dell'arteria polmonare
- b) operazioni sull'aorta toracica

• **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica.** Ad esempio:

- a) disostruzione by-pass aorta addominale
- b) interventi per la stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- c) resezione arteriosa con plastica vasale

• **Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale.** Ad esempio:

- a) interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima

• **Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario**

• **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi.** Ad esempio:

- a) interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco-brachiocefalico, iliache

- **Asportazione di tumore glomico carotideo**

Chirurgia dell'apparato digerente

- **Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago**

- **Interventi con esofagoplastica.** Ad esempio:

- a) resezione dell'esofago con esofagoplastica in un tempo
- b) interventi per diverticolo dell'esofago
- c) collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparotomica
- d) Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- e) operazioni sull'esofago per stenosi benigne per tumori resezioni parziali basali, alte o totali.

- **Intervento per mega-esofago**

- **Resezione gastrica totale**

- **Resezione gastro-digiunale.** Ad esempio:

- a) Resezione gastrica
- b) Resezione del tenue
- c) occlusione intestinale: di varia natura: resezione intestinale
- d) resezione anche per ulcera peptica post-anastomica
- e) cardiomiectomia extramucosa

- **Intervento per fistola gastro-digiunocolica Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia).** Ad esempio:

- a) laparotomia per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- b) idem con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
- c) resezione ileo-cecale

- **Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)**

- **Interventi di amputazione del retto-ano.** Ad esempio:

- a) amputazione del retto per via sacrale
- b) amputazione del retto per via addominoperineale

- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale**

- **Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale**

- **Drenaggio di accesso epatico.** Ad esempio:

- a) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia - colecistoenterostomia)

- **Interventi per echinococcosi epatica**

- **Resezioni epatiche**

- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari.** Ad esempio:

- a) epatico e coledocotomia

b) papillotomia per via trans-duodenale

• **Interventi chirurgici per ipertensione portale.** Ad esempio:

- a) anastomosi porta-cava e spleno-renale
- b) splenectomia
- c) anastomosi mesenterica-cava

• **Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica.** Ad esempio:

- a) interventi di necrosi acuta del pancreas
- b) interventi per fistole pancreatiche

• **Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomici.** Ad esempio:

- a) interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione

• **Interventi per neoplasie pancreatiche** Ad esempio:

- a) interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa o della coda

Urologia

• **Nefroureterectomia radicale.** Ad esempio:

- a) nefrectomia allargata per tumore
- b) nefrectomia per tumore di Wilms

• **Surrenalectomia**

• **Interventi di cistectomia totale.** Ad esempio:

- a) cistectomia totale con ureterosigmoidostomia

• **Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia.** Ad esempio:

- a) interventi per fistola vescico-rettale
- b) interventi per fistola vescico-intestinale
- c) intervento per estrofia vescicale
- d) cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- e) cura chirurgica di fistola ureterale
- f) ileocisto-plastica – colecisto plastica

• **Cistoprostatovescicolectomia**

• **Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale**

• **Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare**

Ginecologia

• **Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia.** Ad esempio:

- a) panisterectomia radicale per via addominale
- b) panisterectomia radicale per via vaginale
- c) eviscerazione pelvica

• **Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica, eventualmente**

comprensivo di:

- a) creazione operatoria di vagina artificiale
- b) creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi
- c) creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- d) cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- e) metro plastica

• **Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.** Ad esempio:

- a) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria

• **Interventi per asportazione di tumori maligni del seno**

Ortopedia e traumatologia

• **Interventi per costola cervicale**

• **Interventi di stabilizzazione vertebrale**

• **Interventi di resezione di corpi vertebrali**

• **Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni**

• **Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei**

• **Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio**

Chirurgia pediatrica (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

• **Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).** Ad esempio:

- a) cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)

• **Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite.** Ad esempio:

- a) atresia dell'esofago
- b) fistola dell'esofago
- c) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- d) tresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale
- e) teratoma sacro-coccigeo
- f) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

• **Correzione chirurgica di megauretere congenito**

• **Correzione chirurgica di megacolon congenito.** Ad esempio:

- a) megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
- b) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson

Trapianti di organo:

Tutti. Ad esempio:

- a) trapianto di cornea
- b) trapianto cuore e/o arterie
- c) trapianto organi degli apparati digerente, respiratorio, urinario

**ALLEGATO B
ELENCO GRANDI EVENTI MORBOSI**

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- a) Ulcere torpide e decubiti
- b) Sovrainfezioni
- c) Infezioni urogenitali
- d) Ipertensione instabile
- e) Neuropatie
- f) Vasculopatie periferiche

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- a) Dispnea
- b) Edemi declivi e stasi polmonare
- c) Ipossiemia
- d) Alterazione equilibrio idro-salino
- e) Riacutizzazione-acuzio
- f) Aritmie

Cardiopatía ischemica

Insufficienza cardiaca congestizia

Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:

- a) Acuta
- b) Edema polmonare
- c) Cronica in trattamento riabilitativo
- d) Con ossigenoterapia domiciliare continuata
- e) Cronica riacutizzata
- f) Con ventilazione domiciliare

Insufficienza renale acuta

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale

Neoplasia maligne – accertamenti e cure

Gravi traumatismi – se controindicato intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie

Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson caratterizzato da:

- riduzione attività motoria
- mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta

Stato di Coma

Alzheimer

Embolia polmonare e successive patologie ad essa correlate

Setticemia

Allegato 1: Scheda riassuntiva POLIZZA BASE

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al capitolato POLIZZA BASE

SINTESI DELLE PRESTAZIONI		Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI (ELENCO A) (compresi Trapianti e spese prelievo dal Donatore)	
	Massimale	€ 400.000,00 anno/nucleo
	Condizioni:	
	diretta	100%
	rimborso	scoperto 10% minimo € 250,00 massimo € 2.500 per evento
	Trattamento alberghiero- Ticket	100%
	Retta degenza	
	diretta	100%
	rimborso	€ 210 al giorno
	Assistenza infermieristica privata individuale	€ 100,00 al giorno, massimo 30 giorni per ricovero
	Pre ricovero	120 gg
	Post ricovero	140 gg
	Accompagnatore	
	diretta	100%
	rimborso	€ 100 al giorno
	Indennità di convalescenza (a seguito di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 20 gg consecutivi)	€ 50,00 al giorno massimo 30 giorni per ricovero
Trasporto sanitario	€ 2.500 per ricovero	
Indennità sostitutiva	€ 80,00 al giorno massimo 90 giorni anno/persona	
RICOVERI PER GRAVI EVENTI MORBOSI (ELENCO B)		Garanzia operante in assenza di intervento chirurgico
Massimale	€ 400.000,00 anno/nucleo	
Condizioni:		
diretta	100%	
rimborso	scoperto 10%	
Trattamento alberghiero- Ticket	100%	
Limite retta degenza		
diretta	100%	
rimborso	€ 210 al giorno	
Assistenza infermieristica privata individuale	€ 100,00 al giorno, massimo 45 giorni per ricovero	

	Ticket	100%
CONSULENZA MEDICO-SPECIALISTICA SECOND OPINION		per una delle patologie elencate
		massimo tre prestazioni per anno
GARANZIA ODONTOIATRICA		
Prevenzione odontoiatrica		una ablazione tartaro e una visita specialistica odontoiatrica una volta l'anno in un'unica soluzione
Condizioni		
	diretta	al 100%
	rimborso	non prevista
Interventi chirurgici odontoiatrici		per uno degli interventi elencati
Massimale		€ 7.500,00 anno/nucleo
Condizioni:		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
Cure dentarie da infortunio		
Massimale		€ 1.000,00 anno/nucleo
Condizioni:		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
GARANZIA IN CASO DI BRUCELLOSI		Garanzia operante per solo veterinario e per il pensionato di invalidità Enpav
Massimale in caso venga diagnosticata la patologia		€ 1.500,00
Massimale ulteriore		€ 1.500,00 per ogni mese di inattività professionale, massimo 9 mesi
GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA		Garanzia operante esclusivamente per gli iscritti all'Ente professionalmente attivi e per i pensionati di invalidità Enpav per una delle malattie elencate
Capitale assicurato		€ 40.000,00
GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE- LTC		Garanzia operante esclusivamente per gli iscritti all'Ente professionalmente attivi
Rendita		€ 6.000 annui, massimo 5 anni
Condizioni:		3 atti ordinari della vita su 4
SPESE RIMPATRIO SALMA (decesso in caso di ricovero all'estero)		
Massimale		€ 1.000,00 anno/nucleo

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI		
Massimale		€ 500,00 anno/nucleo
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio (in presenza di certificato di Pronto Soccorso)		
Condizioni:		
	diretta	100%
	rimborso	scoperto 25% minimo € 70,00 per ciclo di terapia
	Ticket	100%
Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da malattia		
Condizioni:		
	diretta	scoperto 25% minimo € 70,00 per ciclo di terapia
	rimborso	non prevista
	Ticket	100%
VISITE SPECIALISTICHE		
Massimale		€ 750,00 per il titolare, elevato a € 1.200,00 in caso di estensione al nucleo familiare
Condizioni:		
	diretta	franchigia € 30,00 per visita
	rimborso	non prevista
PREVENZIONE		Garanzia operante per il solo Titolare
		scelta di un unico pacchetto per anno assicurativo in un'unica soluzione (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica)
Prevenzione Cardiovascolare		una volta l'anno
Prevenzione Oncologica Uomo >45 anni		una volta ogni due anni
Prevenzione Oncologica Donna > 35 anni		una volta ogni due anni
Condizioni		
	diretta	al 100%
	rimborso	non prevista
INDENNITA' PER MATERNITA' A RISCHIO PER LAVORATRICI AUTONOME		Garanzia operante per la sola Iscritta all'Ente professionalmente attiva
		erogata in un'unica soluzione al termine del VII mese di gravidanza (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica)

Condizioni:	€ 600,00 al mese, massimo 5 mesi (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica)
SUPPORTO PSICOLOGICO (se richiamata nella scheda dell'offerta tecnica)	Garanzia operante per il solo Titolare
Condizioni	Come indicato nella scheda di offerta tecnica

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo

SECONDA SEZIONE

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE
PIANO INTEGRATIVO

POLIZZA INTEGRATIVA

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

47. DEFINIZIONI

Ai fini della polizza integrativa valgono le definizioni sub art. 1 del Capitolato di Polizza Rimborso spese mediche - Polizza BASE.

48. SOGGETTI ASSICURATI (opzione base)

L'Assicurazione è prestata a favore degli Associati (iscritti/pensionati/cancellati), dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav, nonché titolari di pensione indiretta e titolari di pensione di reversibilità, i quali hanno facoltà di aderire al piano sanitario integrativo con costo a proprio carico. Qualora sia stata effettuata l'estensione al nucleo familiare della garanzia base prevista dal piano base collettivo, la copertura potrà essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, al coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento.

Nel caso di inserimento del nucleo familiare, dovranno essere incluse tutte le persone cui è stata estesa la copertura della garanzia base del piano collettivo.

49. SOGGETTI ASSICURATI (opzione migliorativa)

L'Assicurazione è prestata a favore degli Associati (iscritti/pensionati/cancellati), dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav, nonché titolari di pensione indiretta e titolari di pensione di reversibilità, i quali hanno facoltà di aderire al piano sanitario integrativo con costo a proprio carico. Qualora sia stata effettuata l'estensione al nucleo familiare della garanzia base prevista dal piano base collettivo, la copertura potrà essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, al coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento ed i figli in affido.

Nel caso di inserimento del nucleo familiare, dovranno essere incluse tutte le persone cui è stata estesa la copertura della garanzia base del piano collettivo.

50. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente copertura assicurativa opererà in caso di malattie e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e comunque per eventi e per tutte le prestazioni in genere non già coperti dal Piano Base e, ferme restando le disposizioni di cui ai successivi articoli 74 e 76, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico reso necessario anche da parto e aborto;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Prevenzione (garanzia operante per i soli familiari);
- Rimborso protesi;
- Spese rimpatrio salma;
- Prenotazione prestazioni sanitarie;
- Cure dentarie.

L'adesione alla polizza integrativa sarà necessariamente di tipo individuale e, pertanto, i relativi oneri economici saranno riferiti al singolo Assicurato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato potrà rivolgersi con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali a:

- a Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società;
- b Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società;
- c Servizio Sanitario Nazionale.

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

51. RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio viene sempre richiesta la prestazione di certificato di pronto soccorso.

51.1 Ricovero in Istituto di Cura

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante da referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medicospecialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità ospedaliera. L'indisponibilità all'accoglienza nella struttura deve essere attestata dalla struttura medesima.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

51.2 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.000,00** per ricovero.

51.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*" e 51.2 "*Trasporto sanitario*", con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

51.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*", lettera a) "*Pre-ricovero*", b) "*Intervento chirurgico*", c) "*Assistenza medica, medicinali e cure*", g) "*Post-ricovero*" e 51.2 "*Trasporto sanitario*", con il relativo limite in essi indicati.

51.5 Parto e aborto

a) Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata, che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*" lett. b) "*Intervento chirurgico*", c) "*Assistenza medica, medicinali, cure*", d) "*Rette di degenza*", e) "*Accompagnatore*", g) "*Post-ricovero*", e 51.2 "*Trasporto sanitario*", con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 6.000,00** per anno assicurativo e per Assicurato (nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare), sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 51.2 "*Trasporto sanitario*".

b) Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*" lett. b) "*Intervento chirurgico*", c) "*Assistenza medica, medicinali, cure*", d) "*Rette di degenza*"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto, nei limiti previsti al punto 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*" lettera g) "*Post ricovero*", e 51.2 "*Trasporto sanitario*", con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno assicurativo e e per Assicurato (nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare), sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 51.2 "*Trasporto sanitario*".

51.6 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

51.7 Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 200.000,00 per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

52. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato nei limiti del massimale assicurato.

La liquidazione per il complesso delle prestazioni suindicate rientra nell'ambito del massimale annuo assicurato previsto nel Piano Base al punto 18 "Visite Specialistiche".

53. PREVENZIONE – opzione base

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti "prevenzione cardiovascolare" e "prevenzione oncologica" effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni potranno essere effettuate esclusivamente da un unico familiare per anno assicurativo e non potranno essere effettuate dal titolare.

L'Assicurato potrà scegliere un unico pacchetto per anno assicurativo, con il vincolo che il pacchetto "prevenzione oncologica potrà essere effettuato una volta ogni due anni, e dovrà effettuare le prestazioni in un'unica soluzione.

Prestazioni previste una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Elettrocardiogramma di base
- Elettroliti sierici

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Ecografia prostatica
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Mammografia
- Omocisteina
- PAP-Test
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)

- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

53. PREVENZIONE – opzione migliorativa

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti “prevenzione cardiovascolare” e “prevenzione oncologica” effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni potranno essere effettuate esclusivamente da un unico familiare per anno assicurativo e non potranno essere effettuate dal titolare.

L'Assicurato potrà scegliere un unico pacchetto per anno assicurativo, con il vincolo che il pacchetto “prevenzione oncologica potrà essere effettuato una volta ogni due anni, e dovrà effettuare le prestazioni in un'unica soluzione.

Laddove entro un raggio di 20 km dalla residenza/domicilio dell'assistito non vi sia un centro in grado di erogare il pacchetto prevenzione in un'unica soluzione, verrà garantita la possibilità di sostenere gli esami in più soluzioni, sempre di concerto con la centrale operativa

Prestazioni previste una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Elettrocardiogramma di base
- Elettroliti sierici
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Ecografia prostatica
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi

- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminottransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminottransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Mammografia
- Omocisteina
- PAP-Test
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi (**garanzia aggiuntiva qualora richiamata nella scheda dell'offerta tecnica**)

54. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € **1.000,00** per Assicurato; nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 10% e con un minimo non indennizzabile di € 25,00 per fattura.

55. SPESE RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato successivamente a ricovero conseguente a eventi assicurati, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite di € **1.000,00** per anno assicurativo Assicurato; nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare.

56. CURE DENTARIE

In deroga a quanto previsto dall'art. 75 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle seguenti spese effettuate in Strutture sanitarie convenzionate, e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- Per cure odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, con esclusione delle spese per ablazione tartaro e courettage se effettuate a scopo preventivo
- Per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche

Sono escluse le prestazioni riconosciute all'interno del piano base.

Il rimborso viene effettuato fino alla concorrenza di € 1.000,00 per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, ad eccezione di uno scoperto del 10% che viene versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

Per prestazioni effettuate in Strutture sanitarie non convenzionate viene riconosciuto un sottolimito pari a € 400,00 per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il sottolimito è da intendersi per nucleo familiare.

Per le prestazioni effettuate in Strutture sanitarie non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato nei limiti del massimale assicurato.

57. SUPPORTO ALLA MATERNITA' – opzione migliorativa

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- Villocentesi
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- n.1 ecocardiografia fetale
- n.1 visita di controllo ginecologico post parto
- 2 visite urologiche

La garanzia è prestata fino al massimo indicato nell'offerta tecnica, da considerarsi quale disponibilità unica per evento.

58. PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal presente piano assicurativo, nella forma di assistenza diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la Società.

59. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO

59.1 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

- a) punto 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*";
 - lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*";
 - b) punto 51.2 "*Trasporto sanitario*";
 - c) punto 51.5 "*Parto e aborto*",
- che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

59.2 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 10% e con il minimo non indennizzabile di € 500,00 ed il massimo non indennizzabile di € 1.750,00, ad eccezione delle seguenti:

- a) punto 51.1 "*Ricovero in Istituto di cura*":
 - lett. d) "*Rette di degenza*";
 - lett. e) "*Accompagnatore*";
 - lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*";
 - b) punto 51.2 "*Trasporto sanitario*";
 - c) punto 51.5 "*Parto e aborto*",
- che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

59.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 51.6 "*Indennità Sostitutiva*".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'art. 59.1 "*Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società*" o all'articolo 59.2 "*Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

60. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

60.1 Inclusioni/esclusioni per associati/dipendenti/rappresentanti ministeriali alla data di decorrenza della copertura

Gli associati/dipendenti/rappresentanti ministeriali Enpav alla data di decorrenza della copertura potranno aderire al piano Integrativo solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

Qualora l'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale abbia esteso la copertura prestata dal piano Base al nucleo familiare, potrà optare per una delle due seguenti soluzioni relativamente al piano Integrativo:

- a) assicurare solamente se stesso;
- b) assicurare anche il nucleo familiare come incluso nel piano base.

I familiari come indicati nelle "Definizioni" debbono essere inseriti contestualmente al titolare. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla prima scadenza annuale del contratto.

In caso di decesso dell'iscritto, del pensionato, del cancellato, del dipendente e del rappresentante ministeriale Enpav, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia alla prima scadenza annuale del contratto.

60.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell'Associato /dipendente/rappresentante ministeriale sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante le modalità

condivise con la Società. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia a condizione che questa venga comunicata entro 45 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario, decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, a condizione che sia stato pagato il relativo premio.

Il premio da corrispondere sarà pari al 100% del premio annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

60.3 Inclusioni/esclusioni relative ai neo-iscritti/nuove assunzioni/nuove nomine di rappresentanti ministeriali

Per poter aderire al piano sanitario integrativo il neo-iscritto/assunto/rappresentante ministeriale Enpav dovrà comunicare la propria adesione secondo le modalità condivise con la Società. In tal caso l'adesione deve avvenire entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.

La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione/assunzione/nomina viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre nella forma di assistenza diretta decorrerà dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione.

L'Assicurazione cesserà trascorsi due anni dalla data di decorrenza della polizza stessa, salvo proroga concordata (si veda art. 63).

Il premio da corrispondere sarà pari al 100% del premio annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

I figli ed il coniuge o convivente "more uxorio" dei neo-iscritti/dipendenti Enpav possono essere inseriti contestualmente al titolare, sempre che per il nucleo familiare sia stata acquistata anche la Garanzia Base.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato nel precedente punto 60.2.

Anche per questi familiari la copertura avrà effetto dalle ore 24 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre nella forma di assistenza diretta decorrerà dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione; l'Assicurazione cesserà trascorso un anno dalla data di decorrenza della polizza stessa.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

60.4 Inclusioni/esclusioni relative ai pensionati/cancellati Enpav e all'eventuale nucleo familiare

I pensionati, inclusi i titolari di pensione indiretta e di reversibilità ed i cancellati Enpav, potranno aderire al Piano Sanitario Integrativo, analogamente a quanto disposto per il Piano Base, secondo modalità e tempi condivisi con la Società e pagamento del relativo premio.

Nel caso di decesso del pensionato o del cancellato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

61. ENTITA' DEI PREMI E MODALITA' DI PAGAMENTO

I premi annui lordi per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Età dell'iscritto / dipendente / rappresentante ministeriale / pensionato / cancellato (*)	Costo single	Costo nucleo familiare (**)
Fino a 35 anni	Euro (Euro/...)	Euro (Euro/...)
Tra 36 e 45 anni	Euro	Euro
Tra 46 e 55 anni	(Euro/...)	(Euro/...)
Tra 56 e 70 anni	Euro	Euro
Tra 71 e 85 anni	(Euro/...)	(Euro/...)

(*) per gli Assicurati con data di nascita compresa tra il 1 gennaio e il 30 giugno verrà considerata come già compiuta l'età dell'anno di riferimento. Per gli altri Assicurati, verrà considerata come ancora da compiersi l'età dell'anno di riferimento

(**) coniuge/convivente more uxorio, figli conviventi o, se non conviventi, fiscalmente a carico o per cui ci sia obbligo di mantenimento

62. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per l'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale ed eventualmente per il nucleo familiare incluso avrà effetto, in forma rimborsuale, dalle ore 24.00 del giorno nel quale ha inizio la polizza.

Le prestazioni in forma diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la società verranno erogate dal 40° giorno di decorrenza della polizza.

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI

63. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Si rimanda a quanto già disciplinato dall'art.28 e art. 28.1 del piano Base.

64. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

65. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

66. FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

67. TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento.

68. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

69. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

70. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

72. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto – ivi compreso il pagamento dei premi – dell'assistenza e della consulenza del Broker.

Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo – dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, anche per tramite del Broker. Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera – ai fini di quanto disposto dall'art. 1091 C.C. – come eseguito nei confronti della Società e deve, pertanto, intendersi liberatorio per il Contraente.

Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicare alla Società l'eventuale revoca, ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto.

SEZIONE III- LIMITAZIONI

73. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

74. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 150° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 150° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

74.1 OPERATIVITA' COPERTURA

Per tutti gli assicurati che alla data del 31/12/2018 risultassero già in copertura nella polizza n°31006634 RBM Assicurazioni, la presente polizza opera senza soluzione di continuità per tutte le garanzie prestate.

75. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
7. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alla relative prove di allenamento;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

76. PATOLOGIE PARTICOLARI

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all'atto di sottoscrizione della polizza:

- miopia
- cataratta
- varici
- emorroidi
- ricostruzione capsulo – legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati, ecc.)
- meniscectomia
- calcolosi renale ed epatica
- diabete
- insufficienza renale
- malattie a carico della tiroide
- ipertrofia prostatica
- ernie: tutti i tipi.

Per essi verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 250,00 per ogni ricovero con intervento chirurgico relativo alle patologie sopra indicate;

qualora il ricovero avvenga in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto 51.6 "*Indennità sostitutiva*" per un massimo di 3 giorni.

- Oltre tale termine temporale, i ricoveri con intervento chirurgico conseguenti alle patologie sopraindicate rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta, sia nella forma rimborsuale.

77. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti/dipendenti/rappresentanti ministeriali.

Per i pensionati è previsto un limite di età di 85 anni.

Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di 85 anni.

Per i familiari è previsto un limite di età di 85 anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di 30 anni per i figli.

Per le persone che raggiungano le età sopra indicate in corso d'anno, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

SEZIONE IV-NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

78. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla Struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti 78.1 "*Sinistri in Strutture convenzionate con la Società*", 78.2 "*Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società*" e 78.3 "*Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*". Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'art. 78.2 "*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*" e all'art. 59.2 "*Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

78.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture /medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate o sotto franchigia/scoperto.

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate

con le modalità indicate all'art. 78.2 *“Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società”* e all'art. 59.2 *“Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”*.

78.2 Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria anche in modalità telematica:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero *, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale *, copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'art. 59.2 *“Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”* al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

78.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate al precedente art. 78.1 *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”* o art. 78.2 *“Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”*.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

78.4 Gestione documentazione di spesa

A Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in Strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

79. RISOLUZIONE BONARIA DELLE CONTROVERSIE

Con cadenza trimestrale, rappresentanti del Contraente, della Società e del Broker si incontreranno presso la sede del Contraente, o in altro luogo concordato, per esaminare e valutare congiuntamente i casi che hanno portato a contenzioso, al fine di trovarne bonaria risoluzione, nonché ogni situazione relativa al contratto che necessiti di ulteriore valutazione

80. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Laddove non si raggiungesse accordo in occasione degli incontri trimestrali, eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

81 - REPORTISTICA

La Società, su base trimestrale, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico condiviso con il Contraente, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

- n) il numero identificativo attribuito dalla Società;
- o) la data di accadimento dell'evento;
- p) la tipologia di Assicurato (es. iscritto, pensionato, familiare...);
- q) sesso dell'Assicurato
- r) età dell'Assicurato
- s) la garanzia di polizza interessata;
- t) la tipologia di evento (es: ricovero per grande intervento chirurgico, visita, accertamento diagnostico, prevenzione...);
- u) nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico, la patologia con indicazione del codice ICD9;
- v) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia);
- w) se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- x) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società);
- y) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo;
- z) la data di avvenuto pagamento.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

82. RECLAMI

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia assicurativa.

Il reclamo deve contenere il nome, cognome, codice fiscale e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (www.ivass.it), telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

I reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm – chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi a un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015. A tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto
- procedura di arbitrato, ove prevista
- procedura di commissione paritetica, ove prevista

83. CRITERI DI LIQUIDAZIONE

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

84. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI PRIVACY

Le parti convengono che i dati relativi agli iscritti, ai pensionati, ai cancellati, ai dipendenti e ai rappresentanti ministeriali Enpav forniti dall'Ente medesimo alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

Allegato 1: Scheda riassuntiva POLIZZA INTEGRATIVA

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al capitolato POLIZZA INTEGRATIVA

SINTESI DELLE PRESTAZIONI		Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	RICOVERI, DAY HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI	
	MASSIMALE	€ 200.000,00 anno / nucleo
	Condizioni:	
	diretta	al 100%
	rimborso	scoperto 10% minimo € 500 - massimo € 1.750,00 per evento
	mista	a rimborso
	Trattamento alberghiero - ticket	al 100%
	Parto cesareo	€ 6.000,00 anno/nucleo al 100%
	Parto naturale o aborto terapeutico	€ 3.000,00 anno/nucleo al 100%
	Retta degenza	
	diretta	100%
	rimborso	€ 210,00 al giorno
	Accompagnatore - non previsto in caso di intervento ambulatoriale, parto naturale o aborto terapeutico	
diretta	100%	
rimborso	€ 100,00 al giorno	
Assistenza infermieristica privata individuale - non prevista in caso di intervento ambulatoriale, parto cesareo, parto naturale o aborto terapeutico	€ 100,00 al giorno, massimo 30 giorni per ricovero	
Pre ricovero - non previste in caso parto cesareo, parto naturale o aborto terapeutico	120 gg	
Post ricovero - in caso di parto naturale o aborto terapeutico previste due visite di controllo	120 gg	
Trasporto sanitario	€ 2.000,00 per ricovero	
Indennità sostitutiva	€ 100 al giorno, massimo 90 giorni per ricovero	

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	E
	Massimale diretta rimborso ticket	entro il massimale annuo previsto nel Piano Base alla garanzia Visite Specialistiche al 100% scoperto 25% minimo € 50 per ogni visita, accertamento diagnostico al 100%
	PREVENZIONE	Le prestazioni possono essere effettuate esclusivamente da un unico familiare per anno assicurativo e non dal Titolare
		scelta di un unico pacchetto per anno assicurativo in un'unica soluzione (o come diversamente indicato nella scheda di offerta tecnica)
	Prevenzione Cardiovascolare	una volta l'anno
	Prevenzione Oncologica Uomo >45 anni	una volta ogni due anni
	Prevenzione Oncologica Donna > 35 anni	una volta ogni due anni
	Condizioni diretta rimborso	al 100% non prevista
	PROTESI ORTOPEDICHE ACUSTICHE	ED
	Massimale condizioni:	€ 1.000,00 per anno/nucleo scoperto 10% minimo € 25,00 per fattura
	SPESE RIMPATRIO SALMA (decesso in caso di ricovero all'estero)	
	Massimale	€ 1.000,00 anno/nucleo
	CURE DENTARIE	escluse le prestazioni previste dal Piano Base
	Massimale Condizioni diretta rimborso ticket	€ 1.000,00 per anno/nucleo sotto-massimale di € 400 per prestazioni a rimborso scoperto 10% scoperto 30% al 100%

ALTRE PRESTAZIONI	PATOLOGIE PARTICOLARI da elenco	
	Condizioni	<p><u>Nei due anni dalla sottoscrizione:</u> forfait di € 250,00 per ogni ricovero con intervento</p> <p>In caso di ricovero SSN indennità sostitutiva per un massimo di 3 gg</p> <p><u>Oltre i due anni:</u> i ricoveri con intervento chirurgico conseguenti alle patologie elencate rientreranno nelle garanzie di polizza sia in forma diretta che a rimborso</p>
	SUPPORTO ALLA MATERNITA' - opzione migliorativa Da elenco	
	Condizioni	Pacchetto a sostegno delle spese sostenute in gravidanza, come da limiti riportati nella scheda di offerta tecnica

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo