



GENERALI
Assicurazioni Generali

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

**CONVENZIONE 2010/2012
EMAPI / ASSICURAZIONI GENERALI**

EMAPI

Ente di Mutua Assistenza
per i Professionisti Italiani

INDICE

PRESENTAZIONE	Pag. 5
I – IL SERVIZIO	Pag. 6
1.1 - Il nostro obiettivo	Pag. 6
1.2 - Gli assistiti EMAPI	Pag. 6
1.3 - Il nucleo familiare ed i limiti di età	Pag. 7
1.4 - Descrizione del servizio	Pag. 8
1.5 - Prevenzione	Pag. 14
2 – CONTATTI	Pag. 16
2.1 - Servizi di informazione EMAPI	Pag. 16
2.2 - Servizi di prenotazione in strutture convenzionate	Pag. 16
2.3 - Servizi di assistenza	Pag. 16
2.4 - Servizi di front office	Pag. 17
3 – SINTESI DELLE GARANZIE	Pag. 18
3.1 - Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi	Pag. 18
3.2 - Assistenza sanitaria integrativa globale	Pag. 22
4 – CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE	Pag. 28
4.1 - Definizioni	Pag. 28
4.2 - Condizioni generali di convenzione	Pag. 30
5 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	Pag. 34
6 – GARANZIE “A”	Pag. 44
6.1 - Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi	Pag. 44
6.2 - Elenco I – Grandi Interventi Chirurgici	Pag. 48
6.3 - Elenco II – Gravi Eventi Morbosi	Pag. 52
7 – GARANZIE “B”	Pag. 54
7.1 - Ricovero extraospedaliero domiciliari	Pag. 54
8 – INFORMATIVA PRIVACY	Pag. 61
9 – IN BREVE	Pag. 63
9.1 - Come fare per utilizzare le prestazioni di EMAPI	Pag. 63
9.2 - Numeri utili	Pag. 64

EMAPI è un'associazione consortile di otto enti di previdenza privati* costituita con la finalità di costruire ed erogare prestazioni assistenziali agli iscritti degli enti associati.



Dopo tre anni di attività, in cui è cresciuta sino a rappresentare una delle maggiori realtà operanti nel campo degli enti di assistenza sanitaria integrativa dedicati ai professionisti, oggi EMAPI si pone in modo ancora più netto l'obiettivo di offrire un servizio sempre più efficace e rispondente alle esigenze dei colleghi. Quindi non solo attenzione agli aspetti puramente quantitativi, di incremento del numero degli iscritti e dei dati di bilancio, ma focalizzazione sulla qualità delle prestazioni in un settore, quale quello della sanità, nel quale anche i particolari, l'accompagnamento e l'attenzione al paziente assumono un ruolo relevantissimo. La salute è un valore fondamentale della persona che va tutelato e promosso e, in tal senso, lo strumento dell'assistenza sanitaria integrativa sta assumendo anche nel nostro Paese una dimensione sempre più significativa. Lo Stato infatti, nel ridefinire il proprio ruolo, con maggior frequenza attribuisce a collettività organizzate il compito di rispondere alle esigenze dei cittadini. In campo sanitario, in particolare, l'importante è farlo con spirito solidaristico, nel rispetto di ognuno ma con grande attenzione a coloro che si trovano in condizione di maggiore necessità.

EMAPI opera in questa logica e in questi anni è intervenuta a sostegno di diverse migliaia di colleghi permettendo loro di affrontare spese, anche ingentissime, che hanno permesso di alleviare il disagio e recuperare la salute: ciò per noi è motivo di orgoglio e da un senso alto al nostro lavoro quotidiano.

Alla luce delle esperienze acquisite abbiamo migliorato la nostra struttura organizzativa e abbiamo sviluppato un ampio confronto con il mondo delle assicurazioni che ci ha permesso di sottoscrivere un nuovo contratto con le Assicurazioni Generali che contiene molti elementi migliorativi rispetto al passato senza aumentare i costi. Tuttavia, come detto in precedenza, il ruolo di EMAPI non è soltanto quello di ottenere buone condizioni contrattuali ma anche di offrire un efficace servizio di supporto agli iscritti, sia riguardo alle modalità di utilizzo dell'assistenza sanitaria integrativa, sia per esercitare un controllo sistematico sul servizio erogato dalle Assicurazioni Generali, in particolare per quanto attiene il puntuale pagamento dei rimborsi. Il nostro impegno e ogni nostro sforzo è indirizzato lungo queste linee guida.

Demetrio Houlis
Presidente EMAPI

* Cassa Geometri, Cassa Notariato, ENPAB, ENPA CL, ENPAP, ENPAPI, EPAP ed EPPi

Capitolo I

IL SERVIZIO

I.1 - Il nostro obiettivo

EMAPI è un'associazione, senza finalità di lucro, fra Enti di previdenza privati, che eroga agli iscritti degli Enti aderenti prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa.

Sempre più professionisti preferiscono oggi ricorrere ad un'assistenza sanitaria mutualistica integrativa per avere la possibilità di ricevere un'offerta qualificata, personalizzata ed estendibile a tutto il nucleo familiare.

EMAPI nasce, infatti, con l'obiettivo di informare, assistere, accompagnare in modo agile il professionista in tutte le fasi che vanno dalla prevenzione alla cura della malattia attraverso un'offerta vantaggiosa e ricca di proposte assicurative.

Scegliere EMAPI significa avere a cuore la propria salute, perché: *“La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente”* *.

I.2 - Gli assistiti EMAPI

1) Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse degli Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che erogano ai loro iscritti la copertura con onere a carico del proprio bilancio.

Questi professionisti hanno automaticamente accesso alle garanzie “A” (Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi) e la possibilità di aggiungere volontariamente un programma assicurativo integrativo e di completamento, le cosiddette garanzie “B”. Entrambe le prestazioni possono essere estese anche al proprio nucleo familiare.

2) Professionisti e Pensionati in attività iscritti a Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI non in condizione di erogare ai loro iscritti la copertura con onere a carico del proprio bilancio.

Questi iscritti potranno aderire alla Convenzione volontariamente e con possibilità anche in questo caso di estensione al nucleo familiare (sia le Garanzie A che le Garanzie B).

* A. Schopenhauer

Coloro che andranno in quiescenza potranno continuare con adesione volontaria ed individuale ad usufruire delle prestazioni offerte dalla Convenzione.

3) Pensionati delle Casse ed Enti che siano andati in pensione da non più di due anni dalla data di sottoscrizione del contratto di assicurazione da parte della rispettiva Cassa o Ente.

Ad esempio, se l'Ente ha attivato la convenzione per i propri iscritti il 15 aprile 2009, i pensionati dell'Ente stesso possono aderire alla convenzione in forma volontaria. Il requisito è che il pensionamento sia avvenuto in data successiva al 15 aprile 2007, ovvero due anni prima della decorrenza della garanzia dell'Ente.

Se sono andati in pensione in data antecedente il 15 aprile 2007 superano il termine dei due anni e quindi non rientrano nelle categorie assicurabili.

4) Dipendenti di Casse, di Enti e di professionisti aderenti ad EMAPI.

5) Nuclei Familiari di Professionisti: pensionati, dipendenti e professionisti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI.

Il coniuge e i figli superstiti di iscritti deceduti possono continuare con adesione volontaria ad usufruire delle prestazioni offerte dalla Convenzione.

1.3 - Il nucleo familiare ed i limiti di età

Il Professionista iscritto ad EMAPI, può, ove lo desidera, estendere la garanzia al proprio nucleo familiare.

Se si decide di estendere la garanzia (solo A oppure A e B) al proprio nucleo familiare si dovranno necessariamente inserire tutti i componenti del nucleo ovvero coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi.

Per il professionista e il dipendente e per il coniuge o convivente more uxorio non sono previsti limiti di età, per il figlio convivente che ne compia 35, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale di premio.

Se i figli sono inabili non sussiste il limite di età.

Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio, separazione legale o altro provvedimento del giudice.

Ai fini della copertura assicurativa, i figli del coniuge o convivente moro uxorio sono equiparati ai figli del professionista.

1.4 - Descrizione del servizio

EMAPI e Assicurazioni Generali, in collaborazione con GBS - AL (Generali Business Solutions – Area Liquidativa) hanno studiato e realizzato un servizio di accesso ad una Rete di strutture sanitarie convenzionate in grado di fornire agli Assicurati prestazioni sanitarie di elevata qualità ed a costi vantaggiosi.

Il servizio comprende:

- Accesso alla rete degli Istituti di cura Convenzionati.

Per rete di Istituti di cura Convenzionati si intende l'insieme delle **strutture sanitarie** (Ospedali, Case di Cura, Centri diagnostici) con GBS - AL (Generali Business Solutions – Area Liquidativa) alla quale l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L'Assicurato potrà comunque procedere a prenotare direttamente la prestazione comunicando alla Centrale Operativa la data e l'Istituto di Cura prescelto.

- Prenotazione del Centro Clinico Convenzionato, nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico.

Ferma la possibilità di provvedere direttamente alla prenotazione comunicandolo alla Centrale Operativa, l'assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa stessa di procedere alla prenotazione del ricovero con o senza intervento.

Qualora l'assicurato non abbia provveduto alla prenotazione diretta e non indichi una struttura di sua scelta potrà richiedere l'indicazione di una struttura specializzata. La Centrale Operativa, con il supporto dell'area medica, valutate le specifiche esigenze cliniche dell'Assicurato e in virtù dei canali preferenziali d'accesso, prenoterà il ricovero in nome e per suo conto presso il Centro Clinico convenzionato ed, eventualmente, con l'équipe medica convenzionata, dandone conferma telefonica.

L'effettuazione della prenotazione da parte della Centrale Operativa non comporta la presa in carico del sinistro né la conferma della copertura, che avviene solo con la presentazione della documentazione medica.

- Pagamento diretto delle spese garantite nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato e con una Équipe Medica Convenzionata.

Per attivare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, è necessario avvisare la Centrale Operativa in tempo utile (possibilmente entro 5 giorni feriali prima della data della prestazione), al fine di verificare la disponibilità della struttura prescelta e dell'équipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione.

La Centrale Operativa è raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle ore 18.00, contattando dall'Italia il numero **800 545 800** o dall'estero il numero **02 40959672**. In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all'iscritto di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

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

All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, provvede a dare conferma all'interessato, **al massimo entro 24 h dal ricovero e mezzo sms**.

Sarà, inoltre cura, della Centrale Operativa autorizzare il pagamento diretto nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura), alla struttura convenzionata tramite l'invio di un fax **al massimo entro le 24 h precedenti il ricovero.**

Il tempo limite massimo in cui l'assicurato potrà attivare la prenotazione telefonando alla Centrale Operativa è di 2 giorni entro cui la Centrale stessa si impegnerà a valutarla. Saranno fatti salvi i casi di urgenza che verranno gestiti con la massima sollecitudine. In questi casi, peraltro, la Centrale Operativa non potrà garantire la conferma della presa in carico nei termini sopra previsti.

All'atto della prenotazione della prestazione presso una struttura convenzionata, l'iscritto EMAPI dovrà sottoscrivere l'apposita "*lettera d'impegno*", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a GBS direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni, nel rispetto delle convenzioni in essere con l'assicurazione.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa, non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice.

Infatti, in tal caso, l'iscritto EMAPI avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate purché ricomprese nelle condizioni generali di assicurazione.

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto, a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà **direttamente e interamente** le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza.

L'iscritto dovrà invece provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

Relativamente alle prestazioni pre e post-ricovero, l'iscritto EMAPI, anche usufruendo dei Centri Clinici Convenzionati, provvederà direttamente al pagamento delle spese mediche sostenute, che gli saranno in seguito rimborsate.

- Pagamento diretto delle spese garantite nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato e con Équipe Medica non Convenzionata.

L'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese a suo carico per prestazioni non indennizzabili, degli onorari dell'Équipe Medica non Convenzionata, per i quali potrà inviare richiesta di rimborso.

Anche in questo caso all'atto del ricovero presso il Centro Clinico Convenzionato, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno".

- Pagamento diretto delle spese garantite nel caso di prestazioni extraricovero e domiciliare effettuate presso un Centro Clinico Convenzionato.

Se l'iscritto EMAPI deve effettuare un accertamento diagnostico presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare se la struttura prescelta e il medico, in caso di visite specialistiche, siano effettivamente convenzionati.

La Centrale Operativa è raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle ore 18.00, contattando dall'Italia il numero **800 545 800** o dall'estero il numero **02 40959672**.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato leggendo le richieste del medico con indicata la diagnosi accertata o presunta; copia di tale documentazione dovrà essere consegnata alla struttura per il successivo invio. Alla positiva verifica della convenzione della struttura sanitaria, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, comunica all'interessato la presa in carico della prestazione ed autorizza il pagamento diretto alla struttura convenzionata (tramite l'invio di un fax) nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l'interessato. Lo stesso sarà avvisato solo in caso di mancato invio della presa in carico. A prestazione sanitaria erogata, la Compagnia Assicuratrice pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni alla struttura sanitaria. L'iscritto dovrà solo versare un importo di € 20 alla struttura medesima per ogni prestazione effettuata.

Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'interessato.

L'iscritto EMAPI al momento dell'accettazione presso gli ambulatori, dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnerà la prescrizione medica comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice.

- Centri Clinici Convenzionati.

L'elenco dei Centri Clinici Convenzionati rappresenta una guida di facile e rapida consultazione per l'accesso alla rete delle strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa.

Tale rete convenzionata è suscettibile di modifiche nel corso dell'anno, potendo GBS - Al stipulare nuovi accordi o recedere da convenzioni in essere nel periodo di validità del servizio reso in favore degli assicurati di EMAPI. Pertanto l'elenco ha valore orientativo per l'Assicurato.

L'elenco può essere consultato sul sito di EMAPI – www.emapi.it – dove viene periodicamente aggiornato oppure può essere consultato sul sito www.generalit.it alla voce dove trovarci "strutture sanitarie".

Tali premesse qualificano l'esigenza che la Centrale Operativa venga attivata in via preliminare da parte dell'Assicurato quanto prima, in modo che la Centrale stessa possa garantire la presa in carico due giorni prima della data del ricovero. Si può chiamare dall'Italia il numero verde **800 545 800** o dall'estero il numero **02 40959672** comunicando: nome e cognome e recapito telefonico, per poter garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato. Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa l'Assicurato dovrà anticipare via fax al numero **041 2598849** o via e-mail a ricoveri@generaligroup.com la prescrizione medica con l'indicazione della prestazione da effettuare con la relativa diagnosi.

All'atto dell'effettuazione della prestazione l'iscritto EMAPI dovrà presentare alla struttura convenzionata 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.

- Rimborso di servizi non pagati direttamente dalla Compagnia di assicurazione.

Il servizio di pagamento diretto non sarà possibile nei seguenti casi:

- a) quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa;
- b) quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa;
- c) quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in strutture convenzionate.

In questi casi l'iscritto EMAPI potrà rivolgersi a istituti di cura non convenzionati con la Centrale Operativa provvedendo personalmente al pagamento delle spese.

Il servizio di prenotazione e pagamento diretto da parte della Centrale Operativa non esclude la facoltà dell'Assicurato di ricorrere a strutture mediche e/o a medici non convenzionati. In questo caso però l'iscritto EMAPI dovrà provvedere al pagamento delle spese richiedendone successivamente il rimborso nei termini e con le modalità previsti dal contratto (pagamento a rimborso).

- I rimborsi.

Le richieste di rimborso vanno inviate alla Casella postale n. 2448 - Ufficio Postale Roma 158 - Via Marsala 39 - 00185 Roma. Le richieste vanno formulate sull'apposito modulo reperibile sul sito web www.emapi.it e ad esso vanno allegati gli originali (nel caso della cartella clinica la copia conforme all'originale) più una copia di ogni documento utile ai fini del rimborso.

I.5 - Prevenzione

I) Prevenzione dentaria. Procedura operativa per la prevenzione dentaria.

Garanzia attiva per il solo caponucleo che aderisca al programma di assistenza sanitaria integrativa - Sezione Garanzie “B”.

Gli iscritti EMAPI potranno usufruire di nuovi servizi per la cura dentale erogati da **PRONTO CARE**, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i dentisti convenzionati presenti su tutto il territorio nazionale.

Il servizio prevede

- ✓ Pagamento diretto da parte di Assicurazioni Generali delle cure erogate in rete.
- ✓ Coordinamento e assistenza nella gestione degli appuntamenti.
- ✓ Informazioni sui dentisti e sulle tariffe.
- ✓ In caso di emergenza odontoiatrica, supporto nella ricerca del dentista disponibile.
- ✓ Richiesta di invio sms sul cellulare per ricordare l'appuntamento.

Accesso al servizio

Per usufruire del servizio l'Assicurato dovrà contattare **PRONTO CARE** al Numero Verde **800 197 397** attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 festivi esclusi o tramite e-mail all'indirizzo info@pronto-care.com

L'iscritto EMAPI è tenuto a contattare sempre il Servizio Clienti prima di effettuare una visita o una prestazione odontoiatrica eccetto i casi di emergenza che si verifichino al di fuori dell'orario di servizio; in quest'ultimo caso è tenuto comunque a contattare il Servizio Clienti entro tre giorni lavorativi successivi all'evento.

Cure odontoiatriche “in rete”

Gli studi dentistici convenzionati sono gli studi presso i quali l'iscritto EMAPI può rivolgersi, previa autorizzazione telefonica del Servizio Clienti, per usufruire delle pre-

stazioni garantite dalla polizza che verranno pagate direttamente dalla Società con le modalità e nei tempi previsti dalla stessa.

Ulteriori informazioni su PRONTO CARE e l'elenco dei dentisti convenzionati sono disponibili sul sito www.pronto-care.com

2) Check up (operante per il solo iscritto capo nucleo)

La Compagnia di Assicurazione provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

- prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame urine.

Inoltre:

- per gli uomini: elettrocardiogramma da sforzo;
- per le donne: ecodoppler arti inferiori.

In aggiunta oltre i 50 anni di età:

- per gli uomini (una volta l'anno): PSA (specifico antigene prostatico);
- per le donne (una volta ogni due anni): mammografia.

In alternativa, è previsto il rimborso delle spese che ciascun iscritto sostenga per effettuare le prestazioni, fino ad un massimo di € 250 (disponibilità massima per annualità assicurativa e per iscritto assicurato).

Capitolo 2

CONTATTI

2.1 - Servizi di informazione

Per informazioni su adesioni, tipologie di copertura o versamenti contributi è possibile telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle 12.30 e dalle 15.00 alle 16.30 al numero



al costo di una chiamata urbana con esclusione del distretto di Roma e dei telefoni cellulari.

Per il distretto di Roma e per i cellulari 06 44250196.

Oppure consultare il sito web **www.emapi.it**

2.2 - Servizi di prenotazione in strutture convenzionate

Per informazioni sulle strutture convenzionate e per prenotazioni telefonare alla Centrale Operativa



Per le chiamate nazionali, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

Per le chiamate dall'estero 02 40959672

2.3 - Servizi di assistenza

Per attivare le prestazioni di assistenza telefonare alla Centrale Operativa



Per le chiamate dall'estero 02 58245305.

2.4 - Servizi di front office per liquidazioni

Per informazioni sulle richieste di indennizzo e rimborsi ricevuti dall'iscritto è possibile chiamare dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 al numero **800 545 800**.

Per richiedere informazioni riguardo le richieste di indennizzo già presentate da almeno 30 giorni, ovvero avere chiarimenti circa rimborsi ricevuti è anche possibile scrivere una mail all'indirizzo **emapi@generaligroup.com**, indicando: cognome e nome dell'Assicurato; data in cui è stata spedita la richiesta di rimborso; n° sinistro, se conosciuto; motivo della richiesta.

Il servizio non fornisce risposte inerenti richieste di chiarimenti in merito alla portata della garanzia e a quesiti di parere preventivo.

Capitolo 3

SINTESI DELLE GARANZIE

3.1 - Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi

Le prestazioni Garanzia A

Massimale

€ 400.000 anno/nucleo

Franchigia e scoperti

si applicano a tutte le prestazioni inerenti il ricovero

Non previsti

Nel caso, sia la struttura sanitaria sia il personale medico, siano **ambedue** convenzionati.

Previsti

Per quello dei due soggetti (o struttura sanitaria o personale medico) che non sia convenzionato:

- ✓ franchigia fissa di € 300 per sinistro e scoperto pari al 15% con un massimo di € 2.000.

Ospedaliere

Ricovero per Grande intervento

- ✓ Onorari medici per ogni soggetto partecipante all'intervento;
- ✓ diritti sala operatoria;
- ✓ materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- ✓ assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- ✓ rette degenza.

In caso di trapianto sono comprese le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero e le prestazioni successive al ricovero sono estese a 180 gg.

Ricovero senza intervento per Grave evento morboso

- ✓ Rette degenza;
- ✓ assistenza medica, infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero.

Trattamento medico domiciliare

Per Grave Evento Morboso

- a) Visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di € 15.500 per assicurato e per anno.

Visite ed accertamenti pre ricovero ospedaliero

(e ad esso correlati)

La copertura opera

- ✓ **Per grandi interventi:** nei 125 giorni precedenti il ricovero.
- ✓ **Per gravi eventi morbosi:** nei 100 giorni precedenti il ricovero.

Visite ed accertamenti post ricovero ospedaliero

(e ad esso correlati)

La copertura opera

- ✓ **Per grandi interventi:** nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero.
- ✓ **Per gravi eventi morbosi:** nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero (con un sottolimito di € 13.000 anno/nucleo).

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Accompagnatore

Solo per Grandi interventi chirurgici fino al limite di € 110 al giorno per un periodo massimo di 30 gg.

Assistenza infermieristica individuale durante il ricovero ospedaliero

Fino ad un massimo di € 2.600 anno/nucleo.

Trasporto sanitario

(all'Istituto di cura e ritorno) **dell'Assicurato e dell'accompagnatore**

Fino ad un massimo di

- ✓ € 2.000 per ricoveri in stati dell'UE;
 - ✓ € 4.000 resto del mondo.
-

Protesi ortopediche

Fino ad un massimo di € 5.200 anno/nucleo, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa. Escluse le protesi acustiche.

Costi funerari e rimpatrio salma

Fino ad un massimo di € 5.000 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza per costi funerari e rimpatrio salma.

Indennità sostitutiva

Nel caso in cui non venga presentata richiesta di rimborso per le spese inerenti il ricovero ospedaliero verrà corrisposta un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad € 155 e verrà erogata, previa applicazione di una franchigia di due giorni, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato.

In caso di erogazione della diaria gli accertamenti pre e post ricovero verranno rimborsati applicando gli scoperti e la franchigia previsti (franchigia fissa di € 300 per sinistro e scoperto pari al 15% con un massimo di € 2.000) ad eccezione dei ticket che verranno rimborsati al 100%.

Day hospital

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico. Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico, per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero.

Prestazioni di assistenza

- ✓ Rientro dal ricovero di primo soccorso;
- ✓ viaggio di un familiare all'estero;
- ✓ invio di medicinali urgenti all'estero;
- ✓ rimpatrio sanitario.

Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

(garanzia valida per il solo iscritto caponucleo)

In caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente parziale di grado superiore al 66%, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute: indennizzo pari al capitale assicurato ovvero ad € 40.000.

La garanzia è operativa, qualora attivata, per le sole Casse che aderiscono in forma collettiva.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

3.2 - Assistenza sanitaria integrativa globale

(l'operatività è condizionata ed aggiuntiva all'attivazione della Garanzia A)

Le prestazioni Garanzia B

Termini di carenza

La garanzia decorre dopo 200 gg dal giorno di sottoscrizione della copertura; tale carenza non si applica in caso di infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre, il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione. La garanzia non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione e per le conseguenze di infortunio avvenuto precedentemente alla decorrenza.

(I termini di carenza non vengono applicati qualora l'Assicurato sia stato assicurato nell'annualità precedente con polizza sanitaria di uguale portata stipulata attraverso le Casse o Enti di appartenenza aderenti ad EMAPI.

A conferma della posizione assicurativa di provenienza l'Assicurato dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, copia di un certificato attestante l'assicurazione dell'annualità precedente).

Massimale

€ 260.000 anno/nucleo

Franchigia e scoperti

si applicano a tutte le prestazioni inerenti il ricovero

Non previsti

Nel caso, sia la struttura sanitaria sia il personale medico, siano **ambidue** convenzionati.

Previsti

Per quello dei due soggetti (o struttura sanitaria o personale medico) che non sia convenzionato.

- ✓ Franchigia fissa di € 300 per sinistro e scoperto pari al 15% con un massimo di € 1.750.

Ricovero (con e senza intervento chirurgico) **ed intervento chirurgico ambulatoriale**

Durante il ricovero

Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero, inoltre tutte le prestazioni sanitarie.

In caso di intervento chirurgico

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

I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Assistenza infermieristica privata individuale

Fino al limite di € 110 al giorno per un periodo massimo di 30 gg per ricovero.

Visite ed accertamenti pre-ricovero (e ad esso correlati)

La copertura opera nei 90 giorni antecedenti al ricovero: esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Rette di degenza

Per i soli ricoveri fuori rete convenzionata la garanzia è prestata con il limite di € 200 al giorno più il 50% della eccedenza.

Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

Accompagnatore

Fino al limite di € 110 al giorno per un periodo massimo di 30 gg.

Visite ed accertamenti post-ricovero (e ad esso correlati)

La copertura opera nei 120 giorni successivi al ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e tutte le prestazioni sanitarie; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Parto cesareo

Equiparato a ricovero con intervento ad eccezione delle spese pre ricovero, assistenza infermieristica individuale e retta accompagnatore.

Parto fisiologico e aborto terapeutico

Equiparato a parto cesareo con la precisazione che nei 120 gg. post-parto sono comprese solo 2 visite di controllo.

Se effettuato senza servizio di convenzionamento diretto il limite massimo di rimborso è di € 3.000 anno/nucleo.

Day hospital

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico, per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero.

Indennità sostitutiva

Nel caso in cui non sia presentata richiesta di rimborso per le spese inerenti il ricovero ospedaliero verrà corrisposta un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio così determinata:

- ✓ € 105 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 100 gg/ricovero;
- ✓ € 53 giornaliera in caso di Day hospital.

In caso di erogazione della diaria gli accertamenti pre e post ricovero verranno rimborsati applicando gli scoperti e la franchigia previsti (franchigia fissa di € 300 per sinistro e scoperto pari al 15% con un massimo di € 1.750) ad eccezione dei ticket del SSN che verranno rimborsati al 100%.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Extra-ospedaliere e domiciliari

Fino ad un massimo di € 5.000 anno/nucleo.

Scoperto del 20% con il minimo di € 50 per ogni accertamento diagnostico, ciclo di terapia e visita specialistica; rimborso dei ticket al 100%.

In caso di utilizzo delle strutture convenzionate è previsto il pagamento di una franchigia di € 20 per ogni prestazione.

È necessaria la prescrizione medica indicante la patologia o il sospetto diagnostico che ha reso necessaria la prestazione.

- ✓ Extraospedaliere (vedi elenco I – prestazioni di **Alta diagnostica radiologica e Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici**);
- ✓ sottolimito di € 1.800 anno/nucleo, fermo lo scoperto del 20% con il minimo di € 50 per visite specialistiche anche omeopatiche, accertamenti diagnostici (non compresi nell'elenco I), agopuntura (purché effettuata da medico) e infiltrazioni (compreso il costo del farmaco). In caso di utilizzo di una struttura convenzionata verrà applicata una franchigia fissa di € 20.
Non vengono rimborsate le analisi di laboratorio, la fisioterapia, le visite pediatriche e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Cure dentarie

a) € 2.000 anno/nucleo per cure dentarie a seguito di infortunio certificato da referto di pronto soccorso.

b) € 3.000 anno/nucleo per protesi dentarie a seguito di infortunio certificato da referto di pronto soccorso (massimo di € 400 per elemento di protesi).

c) Visita di controllo e ablazione del tartaro esclusivamente in strutture convenzionate (operante per il solo caponucleo).

Altre garanzie

a) **Check-up** (operante per il solo caponucleo)

una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di trombo-

plastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame urine.
In alternativa è previsto il rimborso della spese relative alle prestazioni sopra indicate col limite di € 250 anno/ persona.

Per gli uomini: elettrocardiogramma da sforzo.

Per le donne: ecodoppler arti inferiori.

In aggiunta oltre i 50 anni di età:

- ✓ per gli uomini (una volta l'anno): PSA (specifico antigene prostatico);
 - ✓ per le donne (una volta ogni due anni): mammografia.
- b) **Per i bambini assicurati di età inferiore ai 3 anni** le garanzie sono operative anche per eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti.
- c) **Cure per il neonato nel primo mese di vita** sono in copertura le spese sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo e tutte le spese connesse, ferma la condizione che entro un mese il neonato venga formalmente inserito nel nucleo familiare assicurato.

Elenco I - Alta diagnostica e terapie

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

Amniocentesi, Angiografia, Arteriografia, Artrografia, Broncografia, Broncoscopia, Cateterismo cardiaco, Cisternografia, Cistografia, Clisma opaco, Colangiografia, Colangiografia percutanea, Colecistografia, Coronarografia, Crioterapia, Dacriocistografia, Discografia, Doppler, Ecocardiografia, Ecocolordoppler, Ecodoppler, Ecotomografia, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Elettromiografia, Elettroscopia, Endoscopia, Fistelografia, Flebografia, Fluorangiografia, Galattografia, Holter, Isterosalpingografia, Linfografia, Mammografia, Mielografia, Moc, Oronografia, Pneumoencefalografia, Retinografia, Risonanza Magnetica Nucleare, Rx esofago, Rx tubo digerente, Scialografia, Scintigrafia, Splenoportografia, Tomografia a Emissione di Positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Tomografia logge renali, Tomoxerografia, Tomografia torace, Tomografia in genere, Urografia, Vesciculodeferentografia, Villocentesi.

Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici

Chemioterapia, Radioterapia, Dialisi, Laserterapia a scopo fisioterapico.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

4.1 - Definizioni

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione: dimora abituale dell'Assicurato.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Assicuratore o Società: la Compagnia assicuratrice aggiudicataria.

Assicurato: la persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

Assistenza diretta: prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associata: la singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula attraverso il Certificato di assicurazione l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.

Certificato: il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.

Contraente: Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito solamente EMAPI che stipula solo la presente Convenzione.

Convalescenza: il periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra EMAPI, le Associate e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle condizioni generali di Convenzione, dalle Condizioni generali di assicurazione e dalle norme contenute nelle sezioni garanzie "A" e "B".

Day Hospital: degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Data evento: per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Difetto Fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Difetto Fisico preesistente: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa es-

sere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Personale medico convenzionato: professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Franchigie e scoperti: l'importo delle spese sostenute, se indennizzabili a norma di polizza, che rimane a carico dell'Assicurato.

Grandi Interventi: gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Gravi Eventi Morbosi: gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato dalla Società per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

Indennizzo: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Iscritto: Professionista iscritto alle Casse o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.

Istituto di cura: ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusione di stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

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

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

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

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

Polizza: documento che prova l'assicurazione.

Premio: somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

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

Società delegataria: la Compagnia prescelta dalle Società co-assicuratrici a stipulare il contratto.

Visita specialistica: visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

4.2 - Condizioni generali di convenzione

Art. 1 – Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza d'infortunio, malattia e parto nei termini, nella misura e con le modalità, anche di erogazione diretta delle prestazioni, indicate nella Convenzione stessa.

Art. 2 – Assicurati

2.1 - Le garanzie di cui alla presente convenzione, della "Sezione A", sono prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva.

- 2.2 - Le garanzie della “Sezione A” sono estese a:
- a) Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, che non siano nelle condizioni di erogare ai loro iscritti la copertura a carico del proprio bilancio.
 - b) Pensionati delle Casse ed Enti tali da non più di due anni dalla attribuzione del certificato di assicurazione alla rispettiva Cassa o Ente.
 - c) Dipendenti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, nonché ai dipendenti dei professionisti iscritti a Casse o Enti aderenti ad EMAPI.
 - d) Nuclei Familiari interi degli assicurati. È possibile non estendere la copertura assicurativa a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche.
A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura assicurativa del familiare, vale a dire copia della polizza in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di polizza collettiva.
- 2.3 - Per l'adesione alla “sezione garanzia B” ulteriore condizione, oltre a quelle sopra citate è l'attivazione della “sezione garanzia A”.
- 2.4 - Viene prevista la possibilità per i coniugi e i figli superstiti di iscritti deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dalla presente Convenzione dietro pagamento del relativo premio annuo.
- 2.5 - L'iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza del Certificato ed il relativo nucleo familiare rimarranno in copertura fino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire della copertura assicurativa mediante pagamento del relativo premio e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.
- 2.6 - L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza di certificato non potranno più essere reinseriti.

Art. 3 – Limiti di età

Per i figli è previsto il limite di 35 anni. Tale limite non opera per i figli conviventi ed inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Per gli altri soggetti di cui all'art. 7) lett. a), b) e c) delle Condizioni Generali di Convenzione non è previsto alcun limite di età.

Art. 4 – Nucleo Familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, degli iscritti.

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Sono, altresì, equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, i figli del coniuge o del convivente.

Art. 5 – Termini di decadenza per le adesioni

Per le adesioni in forma collettiva le Associate avranno 90 giorni di tempo, dall'esplicita adesione alla Convenzione, per la trasmissione delle anagrafiche alla Contraente che avrà, a sua volta, 30 giorni per trasferirle alla Società.

Per le adesioni in forma individuale da parte dei soggetti di cui al secondo comma dell'art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione nonché per le adesioni individuali della garanzia di cui al comma 3 dello stesso art. 7, è previsto un termine di 90 giorni dalla adesione alla Convenzione della Associata di riferimento, per la raccolta delle adesioni e la successiva trasmissione alla Contraente che avrà, a sua volta, 30 giorni per trasferirle alla Società.

Art. 6 – Variazioni in corso d'anno degli assicurati

- **Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.**

È data la possibilità agli Enti o Casse, aderenti ad EMAPI, che abbiano coperture assicurative con scadenze nell'annualità assicurativa, di consentire l'inclusione in garanzia, senza soluzione di continuità, in corso d'anno assicurativo, dei possibili assicurati di cui all'art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione; il rateo di premio relativo verrà pagato secondo le modalità di cui all'art. 12. Tale possibilità è al-

trèsì data agli Enti o Casse, aderenti ad EMAPI, che non abbiano coperture assicurative con scadenza nell'annualità assicurativa.

Per tutte le entrate il premio verrà conteggiato in “/12”(dodicesimi), con il minimo di “2/12” (due dodicesimi).

- **Inclusione di nuovi iscritti individualmente in corso d'anno.**

Possono essere, altresì, assicurati i professionisti che si iscriveranno alle rispettive Casse nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione alla Cassa e Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui all'art. 12 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell'intero premio annuo.

- **Inclusione di nuclei familiari**

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto all'art. 10 delle Condizioni Generali di Convenzione è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura assicurativa per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle garanzie ai sensi dell'Art. 7.2, lettera d delle Condizioni Generali di Convenzione.

In questo caso il coniuge oppure il figlio potranno essere inseriti in polizza entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia ovvero della scadenza della copertura. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Società sempre che sia stato pagato il relativo premio.

- **Esclusione di iscritti in corso d'anno**

Il venir meno dei requisiti di cui all'art. 7, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Capitolo 5

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Assicurazione per conto Altri

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Associata e, laddove specificato, dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

Art. 3 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 3° anno di età;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dalle condizioni di assicurazione;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza;
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronici, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;

- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicappati;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 4 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associata.

Art. 5 – Altre assicurazioni

L'Associata è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

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

Art. 6 – Clausola broker

EMAPI sarà assistita da Ital Brokers S.p.A., Via Albaro 3 – Genova (Sede Legale) e Via Sallustiana, 54 Roma - per la gestione tecnica e amministrativa del contratto di assicurazione.

Il broker in questione verrà remunerato secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di Assicurazione.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata, oppure con telegramma, o con telefax e posta elettronica certificata.

Art. 8 – Rinuncia al recesso dal contratto

La Società in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

Art. 9 – Eventi per i quali è prestata l'assicurazione

La presente assicurazione è prestata per gli eventi indicati alla “Sezione garanzia A” articoli 3 e 4 e negli elenchi I e II e alla “Sezione Garanzie B” negli articoli dal 4 al 10.

Art. 10 – Anticipi

Nel caso di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, potrà essere richiesta alla Società dall'Assicurato o, nel caso di sua anche temporanea incapacità, da un suo familiare una somma massima pari all'80% delle somme preventivate dall'Istituto di cura, salvo conguaglio al termine del ricovero.

Detta richiesta dovrà essere corredata da una relazione medica sull'intervento che consenta di valutare l'operatività della garanzia, il preventivo dell'intervento stesso, la richiesta della casa di cura del versamento di un anticipo. In presenza di documentazione completa l'anticipo sarà reso disponibile all'assicurato entro dieci giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

Art. 11 – Denuncia del sinistro

L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

Art. 12 – Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio, nonché la necessità della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

L'Assicurato è obbligato a presentare copia conforme all'originale della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o il quesito diagnostico. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. La documentazione, a parte la cartella clinica, come sopra specificato, deve essere presentata in originale.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice per ottenere lo stesso rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dell'Assicurato solo su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato nonché copia del documento comprovante il rimborso effettuato. Il rimborso effettuato dai predetti, Ente Assistenziale o Assicuratore, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto posto a carico dell'assicurato ed indicato alle specifiche garanzie delle "Sezioni A e B".

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Compagnia Assicuratrice, è pari o superiore alla franchigia prevista dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Compagnia fino a concorrenza del massimale previsto.

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

In questo caso le spese (inerenti ricoveri, con o senza intervento chirurgico compreso il parto e l'aborto terapeutico, day-hospital con o senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale, accertamenti diagnostici, terapie e visite specialistiche) relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate.

La Società mette a disposizione la propria centrale operativa tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società prendendo contatto con la centrale operativa, la quale si impegna a fornire all'Assicurato, entro tre giorni dall'attivazione, indicazioni circa la presa in carico della richiesta. Rimane fermo che la Società si impegna a valutare tutte le richieste pervenute con un preavviso di almeno due giorni rispetto alla data prevista per l'effettuazione della prestazione, fatti salvi i casi di urgenza che la Società si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine.

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.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia tranne quelli specificamente previsti anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale medico convenzionati. 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, eventuali scoperti e franchigie previste alle singole garanzie e per spese eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate secondo le modalità descritte nella presente lettera a) del presente articolo, quelle relative al personale medico non convenzionato verranno liquidate con le modalità previste alla lett. b) del presente articolo.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'assi-

curato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie delle "Sezioni A e B".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla sede di liquidazione della Società, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

La Società procederà alla liquidazione entro e non oltre 45 giorni dal ricevimento della documentazione attinente il sinistro.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

c) Prestazioni presso il 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 agli articoli relativi alla garanzia "Indennità Sostitutiva" di cui all'articolo 3.4 della Sezione A, all'art. 4.5 della Sezione B.

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) o alla lett. b) del presente articolo in dipendenza dell'esistenza di un regime di convenzionamento.

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente b).

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.

Art. 13 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da quattro membri designati due EMAPI e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 14 – Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'art. 13, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma. L'arbitrato avrà sede in Roma. Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 15 – Foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 16 – Garanzie accessorie (valide per la “Sezione garanzie A” e per la “Sezione garanzie B”)

Art. 16.1 – Servizi di informazione

La Società presterà i seguenti servizi di consulenza attraverso la Centrale Operativa, munito di numero verde dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. Detto servizio potrà essere richiesto anche dall'estero.

a) Informazioni telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce a richiesta dell'assicurato un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano assicurativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

Art. 16.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di tra-

sporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

All'estero

b) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

c) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

d) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della Centrale Operativa ritengono più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Art. 17 – Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste nella presente convenzione, la Società concorderà la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

Art. 18 – Rinvio alle norme di legge

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

Capitolo 6

GARANZIE “A”

6.1 - Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi

Art. 1 – Massimale assicurato

€ **400.000** per nucleo e per anno.

Art. 2 – Franchigia e Scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell'assicurato di € 2.000.

Nel caso invece in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e personale medico, ambedue convenzionati, le prestazioni sono riconosciute senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 3 – Prestazioni Assicurate

Art. 3.1 – Ricoveri per Grandi interventi chirurgici

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese:

- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) per diritti di sala operatoria;
- c) per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) per rette di degenza;
- f) per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biopatiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

- g) per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di € **110** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di € **2.600** massimo per anno;
- i) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € **2.000** per ricoveri in Stati della UE ed € **4.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- j) per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di € **5.200** per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- k) per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € **5.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Art. 3.2 – Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;

- c) accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 100 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
 - d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di € **13.000** per anno.
- Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.1 ai punti h), i), j), k).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 3.1.

Art. 3.3 – Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di € **15.500** per assicurato per anno.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.1 ai punti i), j), k).

Art. 3.4 – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o

di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad € 155 e verrà erogata, previa applicazione di una franchigia di due giorni, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando gli scoperti e la franchigia di cui all'art. 2, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%.

Art. 3.5 – Day Hospital

Day-hospital senza intervento chirurgico: la degenza in Istituto di Cura in regime di day-hospital superiore a giorni tre (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio) è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura.

Il day-hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Art. 4 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

(per i soli iscritti in forma collettiva).

In caso di infortunio che comporti all'Assicurato, iscritto ad una Cassa o Ente di Previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva, un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale assicurato ad € 40.000. La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante

dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata ad EMAPI entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

La presente garanzia integrativa alla "Sezione Garanzie A" si intende valida solo per Enti o Casse, aderenti ad EMAPI che ne faranno esplicita richiesta ed in ogni caso avrà validità esclusivamente per i soli iscritti in forma collettiva.

6.2 - Elenco I – Grandi Interventi Chirurgici

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Contraente, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi della presente polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A) 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 interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B) Interventi per trapianti: tutti.

C) Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.

D) Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose;
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

E) Interventi di cardiocirurgia per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F) Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;

Capitolo 6

- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) bypass aortocoronarico.

G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

H) Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;

- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovescicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgica della sordità otosclerotica.

K) Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococchi polmonare.

L) Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

6.3 - Elenco II – Gravi Eventi Morbosi

A) Infarto miocardico acuto.

B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea;
- II. edemi declivi;
- III. aritmia;
- IV. angina instabile;
- V. edema o stasi polmonare;
- VI. ipossiemia.

C) Neoplasia maligna.

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

- I. ulcere torbide;
- II. decubiti;
- III. neuropatie;

- IV. vasculopatie periferiche;
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F) Stato di coma.

G) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre, limitatamente al solo caponucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I) Tetraplegia.

J) Sclerosi multipla.

K) Sclerosi laterale amiotrofica.

L) Alzheimer.

M) Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- I. riduzione attività motoria;
- II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

Capitolo 7

GARANZIE “B”

7.1 - Piano di copertura assicurativa integrativa alle garanzie sezione “A”

Premessa

La Presente sezione ha lo scopo di dare la possibilità di attivare, ad adesione individuale, una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia “A”. La stessa ha come presupposto per la sua operatività l’attivazione della garanzia “A”.

Art. 1 – Massimale

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie “B” è pari a € 260.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 – Periodo di carenza

La presente garanzia “B” non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della polizza. Le garanzie previste nel presente contratto sono attivate 200 giorni dopo l’adesione, tale carenza non si applica in caso di infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre, il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l’aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l’assicurato sia stato assicurato nell’annualità precedente con polizza rimborso spese mediche stipulata attraverso le Casse ed Enti di Previdenza di appartenenza ed aderenti ad EMAPI. A conferma della posizione assicurativa di provenienza l’Assicurato dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, copia di un certificato attestante l’assicurazione dell’annualità precedente.

Art. 3 – Franchigia e Scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell’assicurato di € 1.750.

Nel caso invece in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e personale

medico, ambedue convenzionati, le prestazioni sono riconosciute senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4 – Ricovero

Art. 4.1 – Ricovero in Istituto di Cura

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

- a) Pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e visite specialistiche nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 90 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; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero, inoltre tutte le prestazioni sanitarie.
I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.
- d) Rette di degenza: per i soli ricoveri fuori rete convenzionata la garanzia è prestata con il limite di € 200 al giorno più il 50% della eccedenza.
Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.
- e) Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera.
La garanzia è prestata nel limite di € 110 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Assistenza infermieristica privata individuale: assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- g) Post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi

necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Sono compresi in garanzia i medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.

h) Per il solo caso di ricovero con intervento chirurgico: trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € **2.000** per ricoveri in Stati della UE ed € **4.000** per ricoveri nel resto del mondo.

Art. 4.2 – Day hospital

Nel caso di day-hospital senza intervento chirurgico superiore a tre giorni (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 4.1. della presente sezione. In caso di ricovero in regime di day-hospital senza intervento chirurgico uguale o inferiore a tre giorni, le prestazioni sostenute verranno rimborsate in base a quanto previsto dal successivo art. 5.

Il day-hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Art. 4.3 – Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 4.1 “Ricovero in Istituto di cura”, lettere a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali e cure”, g) “Post-ricovero”.

Art. 4.4 – Parto e aborto

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Società liquida le spese per le prestazioni di cui al punto 4.1 della presente Sezione lett. b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, d) rette di degenza, g) post-ricovero, h) trasporto. In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni

di cui al punto 4.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, h) trasporto; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di Cura non convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni previste al punto 4.1 “Ricovero in Istituto di Cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, h) trasporto e un numero massimo di due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto, vengono rimborsate con il massimo di € 3.000 per anno assicurativo e nucleo familiare; nell’ambito di questo massimale non è operante alcuna altra limitazione.

Art. 4.5 – Indennità sostitutiva

Qualora l’Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), la Società corrisponderà un’indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell’infortunio.

L’indennità sarà pari ad € 105 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero per un massimo di 100 giorni per ricovero. Nel caso di day-hospital l’indennità corrisposta sarà pari a € 53.

Tale indennità non verrà corrisposta qualora il sinistro sia già stato liquidato nella Sezione A della presente Convenzione.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando gli scoperti e la franchigia di cui all’Art. 3, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%.

Art. 5 – Extraospedaliere e domiciliari

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 5.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

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

mente 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.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ogni accertamento diagnostico, ciclo di terapia e visita specialistica. Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera a), b) e c), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, questa provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, salvo la franchigia di € 20 che dovrà essere pagata direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

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

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Amniocentesi
- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopia
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Moc
- Oronografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Elettromiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Villocentesi

b) Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici:

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

c) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici e degli esami di laboratorio.

È altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco), delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Il complesso delle prestazioni alla presente lettera c) viene rimborsato con un limite di € 1.800 per anno e per nucleo familiare.

Art. 6 – Protesi dentarie da infortunio

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 3.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso, con il limite di € 400 per ogni elemento di protesi dentaria.

Art. 7 – Check up (operante per il solo iscritto capo nucleo)

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

- prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame urine.

Inoltre:

- per gli uomini: elettrocardiogramma da sforzo;
- per le donne: ecodoppler arti inferiori.

In aggiunta oltre i 50 anni di età:

- per gli uomini (una volta l'anno): PSA (specifico antigene prostatico);
- per le donne (una volta ogni due anni): mammografia.

In alternativa, la Società rimborsa le spese che ciascun Assicurato sostenga per effettuare le prestazioni di cui al presente articolo, fino a concorrenza dell'importo di € 250, da intendersi come disponibilità massima per annualità assicurativa e per iscritto assicurato.

Art. 8 – Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa all'assicurato, fino a concorrenza di € 2.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, certificato da referto di pronto soccorso.

Art. 9 – Prevenzione dentaria (operante per il solo iscritto caponucleo)

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione: visita di controllo, ablazione tartaro.

Art. 10 – Cure per il neonato nel primo mese di vita

La Società rimborsa, nell'ambito del massimale della garanzia ricovero di cui all'art. I della presente Sezione, le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano nelle garanzie prestate dalla polizza le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse.

La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 30° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

INFORMATIVA PRIVACY EMAPI

Informativa e consenso ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 196/2003

Con l'entrata in vigore del Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali, recante disposizioni per la tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, EMAPI (di seguito Ente), in qualità di Titolare del trattamento, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali, sensibili trattati.

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, "Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali", che i dati personali da Lei obbligatoriamente forniti a questo Ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti - inerenti alla gestione effettuata dall'Ente - potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, anche qualora i dati non siano registrati in una banca dati, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati

Tali dati verranno trattati per finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto intercorrente

1 per l'attività di EMAPI e per le stesse autorizzati. In particolare i dati verranno trattati:

2 per consultazione interna della documentazione ai fini del mantenimento di archivi cartacei ed informatici;

3 per la gestione di pratiche aperte fino alla chiusura delle stesse, ed ogni dato ivi compreso sia di provenienza diretta dell'interessato, che di Terzo;

4 per la gestione di polizze e di mandati destinati all'Interessato e/o al Suo nucleo familiare e per tutti gli adempimenti conseguenti, in qualunque sede gestiti e discussi;

5 per fini di legge (per adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi o per eseguire specifici compiti previsti da leggi, da regolamenti o da contratto in essere ovvero dalla normativa comunitaria, in materia di tutela della salute, dell'ordine e della sicurezza pubblica).

Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato oltre che con strumenti manuali anche attraverso strumenti automatizzati (sia informatici che telematici) atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno:

✓ trattati in modo lecito e secondo correttezza;

✓ raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi;

✓ esatti e, se necessario, aggiornati;

✓ pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità del trattamento;

✓ comunicati secondo prescrizioni previste da D. Lgs. 196/2003 a destinatari, quali società di servizi e di consulenza, necessari alla gestione di cui ai punti 1,2,3,4 inerenti il paragrafo "Finalità del trattamento cui sono destinati i dati".

I dati personali, ed in particolare quelli sensibili eventualmente trattati non saranno oggetto di diffusione sebbene possano essere conosciuti dai soggetti nominati incaricati e responsabili del trattamento quali dipendenti e collaboratori dell'EMAPI nonché dai soggetti che ricoprono cariche sociali.

Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

La informiamo altresì che, ferma restando la richiesta del Suo consenso nei casi previsti dalla legge, il predetto trattamento dei dati personali inerenti, connessi alla gestione delle attività di EMAPI per l'intestatario e per la propria famiglia e/o Interessati Terzi, potrà essere effettuato:

1 da Società, enti o consorzi che forniscano a questo Ente servizi elaborativi o che svolgano attività strumentali a tale servizio;

2 da soggetti ai quali la facoltà di accedere ai Suoi dati personali sia riconosciuta da disposizioni di legge o di normativa secondaria o comunitaria;

3 da soggetti ai quali la comunicazione dei Suoi dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale alla gestione delle attività di EMAPI (gestione di cui ai punti 1,2,3,4 inerenti il paragrafo "Finalità del trattamento cui sono destinati i dati");

4 da Aziende Terze connesse al ciclo assicurativo e riassicurativo per la completa gestione delle pratiche.

Diritti dell'interessato - Art.7

Informiamo infine, che l'art. 7 del Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali conferisce ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare: l'interessato può ottenere dal titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o no di propri dati personali e che tali dati vengano messi a Sua disposizione in forma intelligibile.

L'interessato può, altresì, chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'interessato avrà diritto ad ogni trattamento previsto dal succitato art.7 del D. Lgs. 196/2003.

Conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere

Le facciamo presente inoltre che "l'eventuale rifiuto di rispondere", al momento della raccolta delle informazioni, può comportare l'oggettiva impossibilità per questa società di osservare obblighi di legge e/o di contratto.

Estremi identificativi del Titolare Trattamento Dati e Responsabile Trattamento Dati

Si rende edotto che viene indicato quale Titolare del trattamento dei dati EMAPI Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani e come responsabile del Trattamento dei dati nella persona del Presidente, legale rappresentante dell'Ente, Dott. Demetrio Houllis.

Per eventuali domande riguardo il rispetto della privacy e per l'implementazione, la modifica o la cancellazione dei propri dati personali rivolgersi direttamente ai contatti indicati sul sito www.emapi.it.



Informativa ai sensi dell'articolo 13 del d. lgs. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che Assicurazioni Generali S.p.A. (di seguito Società) intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽⁵⁾ - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁶⁾.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (*Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto - TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235*). Il sito www.generali.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data	Nome e cognome dell'//gli interessato/i (leggibili)	Firma
--------------	---	-------

NOTE:

(1) L'art. 4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

(2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicurato, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).

(3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile); banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.

(4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": contraente della polizza, agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del gruppo e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili (v. CID) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché organismi istituzionali o altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria, tra cui Autorità giudiziaria e Forze dell'ordine, ISVAP, Banca d'Italia - UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi.

(5) Lo prevede ad esempio la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.

(6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

IN BREVE

9.1 Come fare per utilizzare le prestazioni di Emapi

- Acquisire dal medico la prescrizione che indichi la patologia presunta o accertata e le visite, gli interventi ovvero le cure da realizzare.
- Mettersi in contatto con la Centrale Operativa Emapi/Generali al n. **800 545 800** per accertarsi che la prestazione rientri nell'ambito delle coperture e chiedere di attivare la prenotazione presso una struttura convenzionata prescelta. In questo caso la Compagnia di assicurazione provvederà al pagamento diretto delle spese.
- Se non si vuole utilizzare la rete di strutture convenzionate, si dovrà pagare alla struttura sanitaria e/o ai medici le relative parcelle, chiedendone successivamente il rimborso che la Compagnia effettuerà trattenendo le relative franchigie e scoperti.
- Una volta terminati gli interventi sanitari, qualora siano state pagate somme a medici e/o strutture sanitarie, andrà compilato il modulo di rimborso (presente sul sito www.emapi.it), cui dovranno essere allegare fatture, cartelle cliniche e certificati medici, e il tutto andrà inviato a: Emapi – Casella postale n. 2448 – Ufficio postale Roma 158 – Via Marsala 39, 00185 Roma.
- Nel termine massimo di 45 giorni la Compagnia di assicurazione provvederà al pagamento di quanto dovuto. Per avere chiarimenti in merito alle liquidazioni è possibile mettersi in contatto con l'Ufficio liquidazioni della Assicurazioni Generali, perlomeno 30 giorni dopo l'invio della richiesta di rimborso, al n. **800 545 800** o tramite e-mail all'indirizzo emapi@generaligroup.it
- Gli uffici di Emapi sono a disposizione per fornire assistenza e chiarimenti al n. **848 88 11 66** (06 44250196 per il distretto di Roma e per i telefoni cellulari) o tramite e mail all'indirizzo info@emapi.it

Per maggiori dettagli riguardanti le modalità di erogazione del servizio è possibile consultare il Capitolo I di questo opuscolo ovvero le condizioni di copertura assicurativa presenti ai Capitoli 4-5-6.

9.2 Numeri utili

Servizi di informazione Emapi:



Per il distretto di Roma e per i cellulari: 06 44250196

Dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle 12,30 e dalle 15,00 alle 16,30

Servizi di prenotazione in strutture convenzionate:



Per le chiamate dall'estero: 02 40959672

Dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 18,00

Servizi di assistenza:



Per le chiamate dall'estero: 02 58245305

Servizi di front office delle Assicurazioni Generali per liquidazioni:



Dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 18,00