

ESTRATTO DI CONVENZIONE

Fra la Spettabile EMAPI - Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Via Lombardia, 40 – 00187 Roma
Codice Fiscale 97269410581

Fra la Spettabile RBM Assicurazione Salute S.p.a.
Via Forlanini, 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Codice Fiscale 05796440963

Si stipula la seguente:

POLIZZA CONVENZIONE ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA n. 100585

DEFINIZIONI

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

Abitazione	La 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	Le prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero effettuato in strutture sanitarie private utilizzando personale medico ambedue convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte della Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Associata	La singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula attraverso il Certificato di assicurazione l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.
Carenza	L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di conclusione del Contratto e la piena efficacia della garanzia;
Certificato	Il documento che stabilisce i termini di operatività della copertura assicurativa di ogni Cassa o Ente aderente ad EMAPI.
Contraente	Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito solamente EMAPI.
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 delle garanzie.
Day Hospital	La 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	La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Difetto Fisico preesistente	L'alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Grandi Interventi	Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.
Gravi Eventi Morbosi	Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.
Indennità sostitutiva	L'importo giornaliero erogato dalla Società per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio del parto e dell'aborto terapeutico; 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	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
Intervento chirurgico ambulatoriale	La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente.
Iscritto	Il Professionista iscritto alle Casse o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusi 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	La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	La 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.
Personale medico e sanitario convenzionato	I professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Psicoterapia	La terapia delle situazioni di sofferenza affettivo relazionali e dei disturbi del comportamento attuata mediante l'utilizzo di strumenti psicologici, prescritta ed esercitata da iscritti agli Albi degli Ordini degli Psicologi o dei Medici, che abbiano acquisito dopo la laurea una apposita specializzazione e ottenuto l'annotazione sul rispettivo Albo.
Ricovero	La degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	La Compagnia di Assicurazione.
Visita specialistica	La visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.
Visita specialistica omeopatica	La visita effettuata da medico chirurgo iscritto agli speciali registri tenuti presso gli Ordini dei Medici.

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 a) 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 aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva.
- b) Le garanzie di cui alla presente convenzione, della “Sezione A”, possono, altresì, essere prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Pensionati e superstiti iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, a condizione che le predette Casse/Enti consentano alla forma collettiva per i propri Professionisti e Pensionati in attività di cui al comma precedente.

Affinché ciascuna Cassa/Ente possa attivare la forma collettiva anche a favore dei propri Pensionati e superstiti (di cui alla lettera b), è necessario che il numero di tali aderenti non sia superiore al 30% del numero complessivo dei soggetti aderenti alla medesima Cassa di cui alle lettere a) e b) che precedono.

- c) Le garanzie di cui alla presente Convenzione, della “Sezione A”, possono, altresì, essere prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei dipendenti delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, ciò ancorché le predette Casse/Enti non abbiano consentito alla forma collettiva per i propri Professionisti e Pensionati in attività di cui al I comma del presente articolo.

2.2 Le garanzie della “Sezione A” sono estese, a titolo individuale, a:

- a) Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti 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 dall'attribuzione del certificato di assicurazione alla rispettiva Cassa o Ente a condizione che le predette Casse/Enti consentano alla forma collettiva per i propri Professionisti e Pensionati in attività di cui all'Art. 2.1 lettera a).
- 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. E' 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 diversa 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 Gli iscritti per i quali siano già attive le garanzie della “Sezione A” potranno ampliare a titolo individuale la copertura aderendo ad una delle opzioni previste dalla “Sezione B”.
L’ampliamento della copertura ad una delle opzioni della “Sezione B” potrà avvenire anche in forma collettiva qualora le garanzie della citata sezione siano prestate dalla Cassa o Ente di riferimento per i propri iscritti di cui al punto 2.1, oppure siano prestate per tutti i Dipendenti di una Cassa o Ente aderente ad EMAPI.
- 2.4 Viene prevista la possibilità per il coniuge, il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, 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 ad ogni scadenza dell’annualità assicurativa 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. 2.2 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, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e dai 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.

A comprova del proprio nucleo familiare l’iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

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 e/o scadenza intermedia, 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 all’art.2.2 delle Condizioni Generali di Convenzione nonché per le adesioni individuali della garanzia di cui al punto 3 dello stesso art. 2, è previsto un termine di 90 giorni dall’adesione e/o scadenza intermedia alla Convenzione dell’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 – Adesioni ed inclusioni

- **Inclusione di Enti o Casse.**

E' data la possibilità a ciascun Ente o Cassa, aderente ad EMAPI, che abbia coperture assicurative di assistenza sanitaria integrativa, di consentire (anche nel corso dell'annualità assicurativa) l'inclusione in garanzia, senza soluzione di continuità e per tutte le Sezioni di cui si compone la presente Convenzione, dei possibili assicurati di cui all'art. 2 delle Condizioni Generali di Convenzione; per tutte le entrate il premio verrà conteggiato, in base alla data di inclusione in garanzia, in dodicesimi, con il minimo di due dodicesimi.

- **Inclusione di nuovi iscritti 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 ed Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale.

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.

I professionisti neo iscritti, entro 60 giorni dall'adesione, ovvero dalla data di comunicazione della Cassa/Ente ad EMAPI, potranno estendere la copertura della Garanzia A al proprio nucleo familiare, ovvero ampliare la copertura prevista da una delle opzioni della garanzia B; in questi casi saranno applicate le stesse misure di premio di cui al capoverso che precede.

Nel caso di adesione alla forma collettiva di una Cassa o Ente avvenuta in corso d'anno, così come disciplinata al primo punto del presente Articolo, per le conseguenti adesioni individuali (Garanzia A) ed ampliamenti di copertura (Garanzie B) avvenute contestualmente all'adesione collettiva, il premio verrà conteggiato in dodicesimi, con il minimo di due dodicesimi.

- **Inclusione di nuclei familiari in corso d'anno**

L'inclusione di familiari in un momento successivo all'adesione del professionista caponucleo è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia (così come definito nel precedente Art. 4) 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.2.2, lettera d) delle Condizioni Generali di Convenzione.

In questo caso il coniuge oppure il figlio potranno essere inseriti in copertura entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia ovvero della scadenza della copertura purché l'inclusione riguardi l'intero nucleo familiare. Il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo qualora l'inclusione avvenga nel primo semestre di decorrenza del contratto, per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell'intero premio annuo.

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

Il venir meno dei requisiti di cui all'art. 2, 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 prima scadenza annuale utile.

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 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell'adesione alla copertura assicurativa e sconosciuti all'assicurato in tale momento;
- 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 (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) gli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero ad eccezione di quelli indennizzabili a termini di polizza;
- k) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap;
- l) 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;
- m) 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;
- n) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- o) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

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, per la gestione tecnica e amministrativa del contratto di assicurazione. Il Broker verrà remunerato, secondo consuetudine di mercato, esclusivamente dalla Compagnia di assicurazione attraverso le provvigioni pari al 8% del premio, al netto delle imposte, versato da Emapi.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni relative al contratto 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 e network convenzionati

La presente assicurazione è prestata per gli eventi indicati alle "Sezioni" delle Garanzie e negli elenchi I e II.

La Società mette a disposizione degli assicurati EMAPI network di medici e strutture sanitarie convenzionati che garantiscano tariffe agevolate e presso i quali sia possibile ottenere, se indennizzabili ai sensi di polizza, le prestazioni in assistenza diretta, così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Società si impegna a garantire che facciano parte del network convenzionato sul territorio italiano:

- 1) almeno 200 case di cura e/o ospedali, abilitati al ricovero notturno e diurno;
- 2) almeno 400 centri diagnostici (nei quali poter effettuare anche le prestazioni di check up);
- 3) almeno 900 studi dentistici;

La Società si impegna a garantire, inoltre, che ogni network convenzionato rispetti elevati standard qualitativi e di servizio. A tal fine, la Società fornirà ad EMAPI relazioni semestrali sul servizio offerto che potranno essere oggetto di analisi congiunte tra la Società ed EMAPI al fine di valutare eventuali implementazioni e/o correttivi utili al miglioramento complessivo del servizio stesso.

Nella prospettiva di erogare prestazioni di eccellenza, EMAPI si riserva di indicare alla Società network di professionisti e strutture sanitarie da convenzionare con cui la Società è tenuta a perfezionare il convenzionamento entro quattro mesi dalla segnalazione. Qualora le procedure di convenzionamento non vengano concluse nel periodo indicato di quattro mesi, la Società è tenuta, nei quindici giorni successivi, a fornire ad EMAPI le motivazioni del diniego che saranno esaminate da apposita commissione convocata dal Presidente di EMAPI, composta da tre componenti nominati dalla Società e tre nominati da EMAPI, che avrà il compito di risolvere eventuali controversie.

In ogni caso, qualora non vengano riscontrate evidenti e sostanziali motivazioni di carattere tecnico organizzativo che possano determinare pregiudizi alla qualità del servizio da erogare, non potranno essere ritenuti validi motivi di rifiuto al convenzionamento da parte della Società valutazioni di carattere economico, qualora le tariffe proposte dai network suggeriti da EMAPI:

- siano analoghe a quelle già applicate dalla Società ai propri professionisti e strutture sanitarie convenzionate per le medesime prestazioni;
- eccedano entro il valore massimo del 10% quelle applicate dalla Società ai propri professionisti e strutture sanitarie convenzionate e tale maggior costo sia dovuto ad un evidente miglioramento tecnico e qualitativo delle prestazioni erogate dai network suggeriti da EMAPI.

Il mancato convenzionamento, in assenza di valide motivazioni di diniego così come definite ai commi che precedono, comporta inadempimento contrattuale.

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 al 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 tramite EMAPI.

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

La denuncia deve essere corredata da copia della documentazione medica, indicante la diagnosi o il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso, ovvero da copia del referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio (per quest'ultimo l'assicurato dovrà produrre copia del referto di Pronto Soccorso ovvero idonei referti di accertamenti diagnostici effettuati dai quali sia possibile determinare la causa dell'infortunio e la data di accadimento dello stesso). L'Assicurato è obbligato a presentare copia della cartella clinica (anche su supporto elettronico) relativa all'eventuale ricovero.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo solo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. La documentazione, come sopra specificato, deve essere presentata in copia, fermo restando che la Società potrà richiedere, in ogni momento (sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto), la produzione degli originali o di copie conformi agli originali, qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse, oppure per effettuare controlli statistici.

Qualora l'Assicurato sia anche assistito da altro Ente di assistenza analogo ad EMAPI, ovvero benefici di altra copertura assicurativa, e debba presentare l'originale delle notule e parcelle a detto Ente o Compagnia Assicuratrice per ottenere lo stesso rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dell'Assicurato su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e di copia del documento comprovante il rimborso effettuato. Il rimborso effettuato dai predetti, Enti Assistenziali o Assicuratori, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto posto a carico dell'assicurato ed indicato per le specifiche garanzie previste in ciascuna "Sezione".

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 ed ai medici convenzionati integralmente, ovvero con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie eventualmente indicati per le singole garanzie previste nelle "Sezioni" che dovranno essere saldati dall'Assicurato direttamente alla struttura/professionista utilizzato.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società prendendo contatto con gli Uffici dedicati della stessa, i quali si impegnano 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, fermo in ogni caso restando che il limite delle somme assicurate previste deve considerarsi come unica disponibilità, sia per quanto riguarda gli importi che saranno oggetto del pagamento diretto da parte della Società alle strutture convenzionate, sia del rimborso delle spese inerenti il personale medico non convenzionato.

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'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti indicati per le singole garanzie previste nelle "Sezioni".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare ad EMAPI la denuncia del sinistro corredata da copia della cartella (anche su supporto elettronico) 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 delle copie della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzate.

Rimane fermo che la Società potrà richiedere, in ogni momento (sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto), la produzione degli originali della documentazione di spesa, qualora

i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse, oppure per effettuare controlli statistici.

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 40 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 in strutture con questo convenzionate, 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 alternativa al rimborso delle spese di cui al comma che precede, potrà essere attivata la garanzia prevista agli articoli relativi alla garanzia "Indennità Sostitutiva" prevista nelle Sezioni A e B.

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 (anche su supporto elettronico), fermo restando che la Società potrà richiedere, in ogni momento (sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto), la produzione dell'originale della cartella clinica ovvero di copia conforme all'originale, qualora il documento trasmesso risultasse in tutto o in parte illeggibile, incompleto o presentasse grafie diverse, oppure per effettuare controlli statistici.

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 da 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 o, ove fosse parte l'Assicurato del Presidente del Tribunale della città di residenza o domicilio di quest'ultimo. L'arbitrato avrà sede in Roma o, ove fosse parte l'Assicurato nella città di residenza o domicilio di quest'ultimo. 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 Roma, o, ove fosse parte l'Assicurato il foro competente della città di residenza o domicilio di quest'ultimo.

Art. 16 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli assicurati).

Art. 16.1 - Servizi di informazione

La Società mette a disposizione i propri Uffici dedicati tramite i quali 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 la prestazione dei servizi di cui sopra, la Società metterà a disposizione un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi e portale web dedicato.

Art. 16.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Società attraverso la 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) 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.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto 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 (dall'Istituto al domicilio dell'Assicurato o altro luogo da questi indicato) complessivo di 300 km per evento.

All'estero

c) 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.

d) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà,

compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'assicurato, al quale l'Assicurato potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato).

e) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'assicurato, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

f) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

g) 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 ritengano 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.

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.

SEZIONE GARANZIE "A" - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. 1 - Massimale assicurato

Euro 400.000 per nucleo e per anno.

Art. 2 - Franchigia e Scoperto

Le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionato, operano con uno scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di €. 300 e massimo di €. 2.000 per sinistro a carico dell'assicurato; per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero (art. 3.1. lettera f), effettuate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, il rimborso verrà effettuato dalla Società con applicazione del solo scoperto.

Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 9 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati 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 che segue, 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 biottiche e terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie effettuate, nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati; nonché per 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 - fermi i limiti temporali di cui sopra - si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

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 **Euro 110** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per anno e per nucleo familiare;
- h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di Euro **3.900** massimo per anno e per nucleo familiare;
- i) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura (ammissione e dimissione) e quelle da un Istituto di Cura all'altro (trasferimento) fino ad un importo massimo di Euro **3.000** per anno e per nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE ed Euro **6.000** per anno e per nucleo familiare 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 Euro **5.500** per anno e per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- k) per le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di Euro **15.000** per evento;
- l) per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di Euro **5.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Art. 3.2 - Gravi eventi morbosi che necessitano 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 biotiche, 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 biotiche 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.

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

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 necessitano 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 (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) 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.

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

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 **1 giorno**, 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 pre e post ricovero (Art.3.1 lettera f, fermi i limiti temporali ivi previsti), che verrà effettuato applicando lo scoperto del 15% nel caso siano resi da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione – ovvero riguardino ticket sanitari.

La garanzia prevista dal presente Articolo è anche riconosciuta per un importo, di € 50 al giorno e fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma del presente Articolo:

- per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f dell'Art. 3.1;
- per gli accessi ambulatoriali per terapie oncologiche (es. chemioterapie e radioterapia).

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. 3.6 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 10.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo. A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2, la prestazione, ove prestata da

strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 15%, senza applicazione di alcuna franchigia fissa, fermo il resto.

Art. 3.7 - Extra ospedaliera (per il solo caponucleo)

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di €. 600 per assicurato e per anno assicurativo.

Il massimale di cui sopra deve intendersi aggiuntivo rispetto a quello previsto dall'Art. 5 (Extraospedaliera e domiciliari) previsto dalla Sezione B2 – Opzione B Plus in caso di adesione dell'Assicurato alla medesima; qualora l'assicurato ricorra a prestazioni previste sia dalla Garanzia A sia dalla Garanzia B Plus (prestazioni in rete e ticket), il massimale previsto dalla Garanzia B Plus verrà utilizzato dopo l'esaurimento di quello previsto al primo comma del presente Articolo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia ovvero la natura e la data di accadimento dell'infortunio, che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie salvo la franchigia di €. 20 per prestazione (intendendosi per unica prestazione anche la spesa dell'accertamento e la eventuale spesa relativa all'anestesista e/o alla sedazione) 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.

Non è quindi previsto il rimborso nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico non convenzionati con la Società.

Ai fini del rimborso vengono considerate indennizzabili, e come tali computate nell'ambito della spesa complessiva, anche eventuali spese per l'anestesia o la sedazione che vengano prescritte per effettuare le prestazioni indicate alle lettere a) e b) che seguono:

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Amniocentesi, Villocentesi, Harmony Test, Prenatal Safe (solo per le gestanti con età superiore ai 35 anni oppure in caso di sospetta malformazione del feto)
- 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
- 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)

b) Terapie:

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Art. 3.8 – Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere le prestazioni dentarie a tariffe agevolate utilizzando gli studi odontoiatrici del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici, attraverso un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di EMAPI.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di EMAPI di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.9 – Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere le prestazioni ospedaliere e gli accertamenti diagnostici utilizzando le Case di Cura, i medici ed i Centri Diagnostici del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici, attraverso un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di EMAPI.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di EMAPI di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.10 – Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla garanzia A potranno ottenere le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a tariffe agevolate utilizzando gli studi del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici, attraverso un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di EMAPI.

La Società si impegna a garantire:

- 1) che facciano parte del network almeno 800 centri fisioterapici e riabilitativi/fisioterapisti convenzionati;
- 2) che il network convenzionato rispetti elevati standard qualitativi e di servizio.

A tal fine, la Società fornirà ad EMAPI relazioni semestrali sul servizio offerto che potranno essere oggetto di analisi congiunte tra la Società ed EMAPI al fine di valutare eventuali implementazioni e/o correttivi utili al miglioramento complessivo del servizio stesso.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di EMAPI di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 4 – Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) –

A.1 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

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 di € 60.000.

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 di infortunio deve essere inviata ad EMAPI entro quindici giorni dall'infortunio stesso o da quando l'iscritto ne abbia la possibilità. 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 di cui all'Art. 2.1 lettera a) delle Condizioni generali di Convenzione; la Cassa/Ente che abbia già attivato la presente garanzia per i propri professionisti potrà, su richiesta, estenderla anche ai propri dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata la copertura prevista alla Garanzia "A".

Art. 5– Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) –

A.2 Pacchetto Check Up

E' data la possibilità di attivare una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia "A".

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 di cui all'Art. 2.1 lettere a) e b) delle Condizioni generali di Convenzione - con l'ulteriore precisazione che la presente garanzia integrativa può essere attivata o per i soli iscritti di cui alla lettera a) ovvero in alternativa per gli iscritti di cui alle lettere a) e b); la Cassa/Ente che abbia già attivato la presente garanzia per i propri professionisti potrà, su richiesta, estenderla anche ai propri dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata la copertura prevista alla Garanzia "A".

In aggiunta a quanto previsto dalla Garanzia A, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni.

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 oppure in ogni caso effettuate nell'arco di 7 giorni consecutivi, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

- prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, emoglobina glicosilata, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, azotemia, uricemia, elettroforesi delle sieroproteine, protidemia totale e dosaggi ormonali tiroidei (TSH, FT3, FT4);
- esame urine;
- esame feci (ricerca sangue occulto).

Inoltre:

- per gli uomini: visita specialistica cardiologica ed elettrocardiogramma (con eventuale elettrocardiogramma da sforzo nel caso in cui il medico ne ravvisi la necessità)
- per le donne: visita specialistica cardiologica, ecodoppler arti inferiori e PAP test.

In aggiunta oltre i 40 anni di età:

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

Nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture convenzionate 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. 6– Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) –

A.3 Pacchetto Maternità

E' data la possibilità di attivare una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia "A".

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 di cui all'Art. 7.1 lettere a) e b) delle Condizioni generali di Convenzione - con l'ulteriore precisazione che la presente garanzia integrativa può essere attivata o per i soli iscritti di cui alla lettera a) ovvero in alternativa per gli iscritti di cui alle lettere a) e b); la Cassa/Ente che abbia già attivato la presente garanzia per i propri professionisti potrà, su richiesta, estenderla anche ai propri dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata la copertura prevista alla Garanzia "A".

La garanzia integrativa è prestata, in alternativa:

- al professionista assicurato in forma collettiva, se donna;
- alla coniuge/convivente, se per questa è stata attivata la Garanzia A.

In aggiunta a quanto previsto dalle Garanzia A, la Società provvede, nelle modalità di seguito specificate, al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (ad es.: Harmony Test, Prenatal Safe)
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- n. 1 ecocardiografia fetale
- n. 1 visita specialistica ginecologica di controllo post parto
- n. 2 visite urologiche

- un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto
- n. 3 colloqui psicologici post partum effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data del parto stesso.

La garanzia è prestata fino ad un massimo per evento di €. 2.000 per evento si intende la gravidanza anche se in corso al momento dell'ingresso in assicurazione e anche gemellare fermo restando la validità della Garanzia A.3 Pacchetto Maternità.

Le seguenti prestazioni:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (ad es.: Harmony Test, Prenatal Safe)
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- n. 1 ecocardiografia fetale
- n. 1 visita specialistica ginecologica di controllo post parto
- n. 2 visite urologiche
- un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto

si intendono rimborsabili secondo le seguenti modalità:

- a) se la prestazione è resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie;
- b) nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato;
- c) nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, viene effettuato il rimborso con uno scoperto del 30% e la franchigia di € 50 per prestazione.

Per quanto attiene i 3 colloqui psicologici *post partum* effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data del parto stesso. E' altresì prevista la possibilità di fruire delle prestazioni anche se rese da professionisti non convenzionati con la Società. Il rimborso in tal caso verrà effettuato dalla Società con l'applicazione di una franchigia di € 20 per prestazione e con un limite massimo complessivo per i tre colloqui di € 250,00.

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 gli interventi di chirurgia plastica, effettuati dagli assicurati, necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B) Interventi per trapianti di organo: tutti.

C) Interventi ortopedici per:

- 1) impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 3) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pelvica;
- 6) reimpianto di arti staccati.

D) Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- 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) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, 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;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

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;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass 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, vescico-intestinale, 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) dontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgica della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

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;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

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) megaretere: 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.

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 60 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.

SEZIONE GARANZIE “B” - PIANI COPERTURE ASSICURATIVE INTEGRATIVE ALLE GARANZIE SEZIONE “A”

Premessa

La Presente sezione ha lo scopo di dare la possibilità di attivare una copertura assicurativa (due opzioni - B Smart e B Plus - in alternativa tra loro) ad integrazione e complemento della garanzia “A”. La stessa ha come presupposto per la sua operatività l’attivazione della garanzia “A”.

Sezione B1 - Opzione B Smart (RICOVERO)

Art. 1 – Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie previste dall’opzione B Smart è pari a € 200.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 – Esclusioni e periodo di carenza

La presente garanzia “B Smart” 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 (fermo quanto previsto al primo punto dell’Art. 6 delle Condizioni Generali di Convenzione).

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;
- Check up, di cui al successivo Art. 6;
- Prevenzione dentaria, di cui al successivo Art. 9 delle garanzie Sezione B2 Opzione B Plus

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l’Assicurato:

portata 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 della documentazione attestante l’assicurazione del periodo precedente;
- aderisca alla presente opzione senza soluzione di continuità rispetto all’adesione all’opzione B Plus (sezione B2 che segue);
- aderisca alla presente opzione senza soluzione di continuità rispetto all’adesione alle garanzie della Sezione B prevista dalla polizza assicurativa stipulata da EMAPI con Assicurazioni Generali e scaduta il 15.04.2017;

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano, inoltre, applicazione nel caso di figli neonati di assicurati, a condizione che il neonato venga inserito nella copertura entro il 60° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

Nel caso in cui la presente garanzia B Smart sia prestata in forma collettiva, così come previsto all’art. 2 delle Condizioni Generali di Convenzione, i termini di carenza di cui sopra non trovano applicazione e non trova applicazione l’esclusione, di cui al primo capoverso del presente Articolo, inerente gli infortuni sofferti prima dell’adesione e le spese sostenute per

le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione.

Nel caso in cui l'adesione alla presente opzione avvenga senza soluzione di continuità rispetto all'adesione dall'opzione B Plus (Sezione B 2 che segue), ovvero rispetto all'adesione alle garanzie della Sezione B prevista dalla polizza assicurativa stipulata da EMAPI con Assicurazioni Generali e scaduta il 15.04.2017, si considera a tutti gli effetti, ivi compresa la determinazione della prima data di adesione di cui al primo comma del presente Articolo, la data di attivazione della garanzia di provenienza (Opzione B Plus o Sezione Garanzie B).

Art. 3 - Franchigia e Scoperto

Le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, operano con uno scoperto del 20% con minimo non indennizzabile €. 1.000 e massimo di €. 3.000 per sinistro a carico dell'assicurato; per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero (art. 4.1. lettere a) e g)), effettuate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, il rimborso verrà effettuato dalla Società con applicazione del solo scoperto.

Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati ad eccezione di una franchigia di €. 300 che dovrà essere pagata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria; per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero (art. 4.1. lettere a) e g)), le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati 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. Per le prestazioni in questione è previsto un massimale per evento di €. 12.000 unico anche per le prestazioni di cui alla successiva lettera g).

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 € 250,00 al giorno. 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. Per le prestazioni in questione è previsto un massimale per evento di € 12.000 unico anche per le prestazioni di cui alla precedente lettera a).

h) Per il solo caso di ricovero con intervento chirurgico: trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore all'Istituto di cura e dall'Istituto di cura (ammissione e dimissione) e quelle da un Istituto di Cura all'altro (trasferimento) fino ad un importo massimo di Euro **3.000** per ricoveri in Stati della UE ed Euro **6.000** 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. 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”.

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 3:

- le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, operano con uno scoperto del 20%;

- nel caso in cui le prestazioni sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.
- In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4.4 – Parto e aborto

a. Parto cesareo

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Società rimborsa le spese per tutte 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. Il rimborso avverrà, previa applicazione degli scoperti e franchigie previsti all'Art. 3, nel limite massimo di € 8.000 per evento.

Nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti e senza applicazione del limite di € 8.000 di cui sopra.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti e senza applicazione del limite di € 8.000 di cui sopra.

b. Parto naturale e aborto terapeutico

In caso di parto naturale o aborto terapeutico avvenuto in Istituto di cura, la Società rimborsa le spese per tutte 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; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto. Il rimborso avverrà senza applicazione di franchigie e scoperti nel limite massimo di € 3.000 per evento.

Il limite di € 3.000 di cui sopra non si applica nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati e con liquidazione diretta delle spese relative ai servizi erogati da parte della Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione del limite di € 3.000 di cui sopra.

c. Parto domiciliare

In caso di parto domiciliare, la Società rimborsa le spese per l'assistenza medica e sanitaria, medicinali e cure sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi anche per il neonato; vengono altresì vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto. Il rimborso avverrà senza applicazione di franchigie e scoperti nel limite massimo di € 3.000 per evento.

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, dell'infortunio, del parto dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad €.150 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 ad €. 150.

Tale indennità non verrà corrisposta qualora il sinistro sia già stato liquidato nella Sezione A della presente Convenzione, ovvero sia stata riconosciuta l'indennità sostitutiva prevista da detta Sezione.

In caso di erogazione dell'indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie (art. 4.1. lettere a) e g) fermi restando i limiti temporali ed il massimale di spesa ivi previsti) secondo le seguenti modalità:

- nel caso di prestazioni effettuate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, il rimborso verrà effettuato dalla Società con applicazione di uno scoperto del 20%;
- nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti;
- in caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 5 - Cure per il neonato nel primo mese di vita

La Società rimborsa, nell'ambito del massimale della garanzia ricovero di cui all'art.1 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 60° 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 saranno erogate dal giorno d'inserimento del neonato nella copertura.

Art. 6 – 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, colesterolo LDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, emoglobina glicosilata, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, azotemia, uricemia, elettroforesi delle sieroproteine, protidemia totale e dosaggi ormonali tiroidei (TSH, FT3, FT4);
- esame urine;
- esame feci (ricerca sangue occulto).

Una volta ogni due anni, a partire dal secondo anno di adesione alla presente opzione B 1 Smart (anche nel caso di cambio di opzione dall'opzione B Plus):

- per gli uomini elettrocardiogramma (con eventuale elettrocardiogramma da sforzo nel caso in cui il medico ne ravvisi la necessità) e PSA
- per le donne: ecodoppler arti inferiori e PAP test.

Nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture convenzionate, 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 € 150, da intendersi come disponibilità massima per annualità assicurativa e per iscritto assicurato.

Sezione B2 - Opzione B Plus (RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE, DOMICILIARI)

Art. 1 – Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie previste dall'opzione B Plus è pari a € 260.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 – Esclusioni e periodo di carenza

La presente garanzia "B Plus" 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 (fermo quanto previsto al primo punto dell'Art. 6 delle Condizioni Generali di Convenzione).

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;
- Check up, di cui al successivo Art. 6;
- Prevenzione dentaria, di cui al successivo Art. 9.

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 di pari portata 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 della documentazione attestante l'assicurazione del periodo precedente;
- aderisca alla presente opzione senza soluzione di continuità rispetto all'adesione all'opzione B Smart (sezione B1 che precede);
- aderisca alla presente opzione senza soluzione di continuità rispetto all'adesione alle garanzie della Sezione B prevista dalla polizza assicurativa stipulata da EMAPI con Assicurazioni Generali e scaduta il 15.04.2017;

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano, inoltre, applicazione nel caso di figli neonati di assicurati, a condizione che il neonato venga inserito nella copertura entro il 60° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

Nel caso in cui la presente garanzia B Plus sia prestata in forma collettiva, così come previsto all'art. 2 delle Condizioni Generali di Convenzione, i termini di carenza di cui sopra non trovano applicazione e non trova applicazione l'esclusione, di cui al primo capoverso del presente Articolo, inerente gli infortuni sofferti prima dell'adesione e le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione.

Nel caso in cui l'adesione alla presente opzione avvenga senza soluzione di continuità rispetto all'adesione dall'opzione B Smart (Sezione B 1 che precede), ovvero rispetto all'adesione alle garanzie della Sezione B prevista dalla polizza assicurativa stipulata da EMAPI con Assicurazioni Generali e scaduta il 15.04.2017, si considera a tutti gli effetti, ivi compresa la determinazione della prima data di adesione di cui al primo comma del presente

Articolo, la data di attivazione della garanzia di provenienza (Opzione B Smart o Sezione Garanzie B).

Art. 3 - Franchigia e Scoperto

Le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, operano con uno scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di €. 1.000 e massimo di €. 3.000 per sinistro a carico dell'assicurato; per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero (art. 4.1. lettere a) e g)), effettuate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, il rimborso verrà effettuato dalla Società con applicazione del solo scoperto.

Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati ad eccezione di una franchigia di €. 400 che dovrà essere pagata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria; per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero (art. 4.1. lettere a) e g)), le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati 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 biotiche 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. Per le prestazioni in questione è previsto un massimale per evento di €. 12.000 unico anche per le prestazioni di cui alla successiva lettera g).

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 € 250,00 al giorno. 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. Per le prestazioni in questione è previsto un massimale per evento di € 12.000 unico anche per le prestazioni di cui alla precedente lettera a).

h) Per il solo caso di ricovero con intervento chirurgico: trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore all'Istituto e dall'Istituto di cura (ammissione e dimissione) e quelle da un Istituto di Cura all'altro (trasferimento) fino ad un importo massimo di Euro **3.000** per ricoveri in Stati della UE ed Euro **6.000** 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”.

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 3:

- le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, operano con uno scoperto del 20%;
- nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti
- In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4.4 – Parto e aborto

a. Parto cesareo

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Società rimborsa le spese per tutte 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. Il rimborso avverrà, previa applicazione degli scoperti e franchigie previsti all'Art. 3, nel limite massimo di € 8.000 per evento.

Nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti e senza applicazione del limite di € 8.000 di cui sopra.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti e senza applicazione del limite di € 8.000 di cui sopra.

b. Parto naturale e aborto terapeutico

In caso di parto naturale o aborto terapeutico avvenuto in Istituto di cura, la Società rimborsa le spese per tutte 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; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto. Il rimborso avverrà senza applicazione di franchigie e scoperti nel limite massimo di € 3.000 per evento.

Il limite di € 3.000 di cui sopra non si applica nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati e con liquidazione diretta delle spese relative ai servizi erogati da parte della Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione del limite di € 3.000 di cui sopra.

c. Parto domiciliare

In caso di parto domiciliare, la Società rimborsa le spese per l'assistenza medica e sanitaria, medicinali e cure sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi anche per il neonato; vengono altresì vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto. Il rimborso avverrà senza applicazione di franchigie e scoperti nel limite massimo di € 3.000 per evento.

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, dell'infortunio, del parto dell'aborto terapeutico.

L'indennità sarà pari ad €. 150 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 ad €. 150.

Tale indennità non verrà corrisposta qualora il sinistro sia già stato liquidato nella Sezione A della presente Convenzione, ovvero sia stata riconosciuta l'indennità sostitutiva prevista da detta Sezione.

In caso di erogazione dell'indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie (art. 4.1. lettere a) e g) fermi restando i limiti temporali ed il massimale di spesa ivi previsti) secondo le seguenti modalità:

- nel caso di prestazioni effettuate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionato, il rimborso verrà effettuato dalla Società con applicazione di uno scoperto del 20%;
- nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 12 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti;
- in caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 5 – Extraospedaliere e domiciliari

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

Per il caponucleo, il massimale di cui sopra deve intendersi aggiuntivo rispetto a quello previsto dall'Art. 3.7 (Extraospedaliere) previsto dalla Sezione A; qualora l'assicurato ricorra a prestazioni previste da sia dalla Garanzia A sia dalla Garanzia B Plus (prestazioni in rete e ticket), il massimale previsto al primo comma verrà utilizzato dopo l'esaurimento di quello dall'Art. 3.7 (Extraospedaliere) previsto dalla Sezione A.

Per l'attivazione della garanzia (lettere a, b, c e d) è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, ovvero la certificazione medica ed i referti diagnostici (ovvero il referto del Pronto Soccorso) che indichi la natura e la data di accadimento dell'infortunio. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia/infortunio denunciata/o.

Ai fini del rimborso vengono considerate indennizzabili, e come tali computate nell'ambito della spesa complessiva, anche eventuali spese per l'anestesia o la sedazione che vengano prescritte per effettuare le prestazioni indicate alle lettere a) e b) che seguono.

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Amniocentesi, Villocentesi, Harmony Test, Prenatal Safe (solo per le gestanti con età superiore ai 35 anni oppure in caso di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia

- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolor Doppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopia
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Moc
- 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)

b) Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Le spese di cui alle lettere a) e b) se effettuate presso strutture/medici non convenzionati con la Società vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 50 per ogni accertamento diagnostico e/o ciclo di terapia e visita specialistica.

Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera a) e b), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società e rese in assistenza diretta, questa provvederà al pagamento delle spese relative alla prestazione effettuata alla struttura/professionista convenzionati, salvo la franchigia di € 20 per prestazione (intendendosi per tale anche la spesa dell'accertamento e la eventuale spesa relativa all'anestesista e/o alla sedazione) 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.

c) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche (con esclusione delle visite pediatriche e odontoiatriche) e per accertamenti diagnostici compresi quelli di laboratorio (con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici).

E' altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco/dispositivo medico), 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.

Le spese di cui alla lettera c) se effettuate presso strutture/medici non convenzionati con la Società vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 40 per ogni accertamento diagnostico e/o visita specialistica.

Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera c), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, e rese in assistenza diretta, questa provvederà al pagamento delle spese relative alla prestazione effettuata alla struttura/professionista convenzionati, salvo la franchigia di € 20 per prestazione 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.

d) Cure fisioterapiche e riabilitative.

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni fisioterapiche e riabilitative rese necessarie da malattia e/o infortunio ed effettuate da medici specialisti ovvero personale sanitario in possesso di diploma o laurea, a seguito di prescrizione medica specialistica.

Il complesso delle prestazioni alla presente lettera d) viene rimborsato con un limite di €. 400 per anno e per nucleo familiare.

Le spese di cui alla lettera presente d) vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 40 per ogni ciclo di cura/terapia.

Relativamente alle prestazioni di cui alla lettera d), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, e rese in assistenza diretta, questa provvederà al pagamento delle spese relative alla prestazione effettuata alla struttura/professionista convenzionati, salvo la franchigia di €. 15 per ogni prestazione giornaliera 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.

Art. 6 – 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 oppure in ogni caso effettuate nell'arco di 7 giorni consecutivi, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

- prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, emoglobina glicosilata, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, azotemia, uricemia, elettroforesi delle sieroproteine, protidemia totale e dosaggi ormonali tiroidei (TSH, FT3, FT4);
- esame urine;
- esame feci (ricerca sangue occulto).

Inoltre:

- per gli uomini elettrocardiogramma (con eventuale elettrocardiogramma da sforzo nel caso in cui il medico ne ravvisi la necessità)
- per le donne: ecodoppler arti inferiori e PAP test.

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 ed ecografia mammaria

Nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture convenzionate, 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. 7 – Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa all'assicurato, fino alla concorrenza di € 3.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto di pronto soccorso.

Art. 8– Protesi dentarie da infortunio

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 4.500 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 € 600 per ogni elemento di protesi dentaria.

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.1 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 60° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

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

Art. 11 – Garanzia Aggiuntiva B3

E' data la possibilità alla Cassa/Ente appartenente ad Emapi che abbia già attivato la Garanzia B Plus in forma collettiva a favore dei propri dipendenti, di attivare a favore degli stessi e sempre in forma collettiva anche la presente Garanzia aggiuntiva B3.

A parziale deroga di quanto previsto per la Garanzia B Plus, è stabilito che:

a) Art. 5 – Extraospedaliere e domiciliari:

- relativamente alle prestazioni di cui alla lettera a), b), c) e d), in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società, questa provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuata, senza applicazione di alcuna franchigia.

b) Art. 6 – Check up: la prestazione è estesa a ciascun componente del nucleo familiare assicurato.