

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;

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 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. 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 €. 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 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 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. 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. 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 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.