

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

GLOBALE (SEZIONI A + B)

SOMMARIO

DEFINIZIONI	- 4 -
CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE.....	- 7 -
Art. 1 – Oggetto della Convenzione.....	- 7 -
Art. 2 – Effetto della copertura.....	- 7 -
Art. 3 – Assicurati.....	- 7 -
Art. 4 – Limiti di età e Persone non assicurabili	- 7 -
Art. 5 – Nucleo Familiare.....	- 8 -
Art. 6 – Termini di decadenza per le adesioni.....	- 8 -
Art. 7 – Variazioni in corso d’anno degli assicurati.....	- 8 -
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	- 9 -
Art. 1 – Assicurazione per conto Altrui	- 9 -
Art. 2 – Estensione territoriale	- 9 -
Art. 3 – Rischi esclusi dall’assicurazione	- 9 -
Art. 4 – Oneri fiscali	- 9 -
Art. 5 – Altre assicurazioni	- 9 -
Art. 6 – Forma delle comunicazioni	- 10 -
Art. 7 – Rinuncia al recesso dal contratto.....	- 10 -
Art. 8 – Eventi per i quali è prestata l’assicurazione.....	- 10 -
Art. 9 – Anticipi	- 10 -
Art. 10 – Denuncia del sinistro	- 10 -
Art. 11 – Oneri dell’Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni	- 10 -
Art. 12 – Commissione paritetica	- 12 -
Art. 13 – Collegio arbitrale	- 12 -
Art. 14 – Foro competente.....	- 12 -
Art. 15 – Garanzie accessorie (valide per la “Sezione garanzie A” e per la “Sezione garanzie B”)	- 12 -
Art. 15.1 – Servizi di informazione	- 12 -
Art. 15.2 – Prestazioni di assistenza	- 13 -
Art. 16 – Procedura attuativa	- 13 -
Art. 17 – Rinvio alle norme di legge	- 13 -
SEZIONE GARANZIE “B” - RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE, DOMICILIARI.....	- 14 -
Premessa	- 14 -
Art. 1 – Massimale	- 14 -
Art. 2 – Periodo di carenza	- 14 -
Art. 3 – Franchigia e Scoperto.....	- 14 -
Art. 4 – Ricovero	- 14 -
Art. 4.1 – Ricovero in Istituto di Cura	- 14 -
Art. 4.2 – Day hospital.....	- 15 -
Art. 4.3 – Intervento chirurgico ambulatoriale	- 15 -
Art. 4.4 – Parto e aborto.....	- 15 -
Art. 4.5 – Indennità sostitutiva.....	- 16 -
Art. 5 – Extraospedaliere e domiciliari	- 16 -
Art. 6 – Protesi dentarie da infortunio.....	- 18 -
Art. 7 – Check up (operante per il solo iscritto).....	- 18 -
Art. 8 – Cure dentarie da infortunio	- 18 -
Art. 9 – Prevenzione dentaria (operante per il solo iscritto)	- 18 -
Art. 10 – Cure per il neonato nel primo mese di vita.....	- 18 -
SEZIONE GARANZIE “A” - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI	- 19 -
Art. 1 – Massimale assicurato	- 19 -
Art. 2 – Franchigia e Scoperto	- 19 -
Art. 3 – Prestazioni Assicurate	- 19 -
Art. 3.1 – Ricoveri per Grandi interventi chirurgici.....	- 19 -
Art. 3.2 – Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.....	- 20 -
Art. 3.3 – Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare	- 20 -
Art. 3.4 – Indennità sostitutiva.....	- 20 -

Art. 3.5 – Day Hospital.....	- 20 -
Art. 4 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio.....	- 21 -
 ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	 - 22 -
ELENCO II - GRAVI EVENTI MORBOSI	- 25 -

DEFINIZIONI

Ai fini della presente Convenzione ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione	dimora abituale dell'assicurato.
Assicurazione	il contratto di Assicurazione.
Assicuratore o Società	la Compagnia assicuratrice aggiudicataria.
Assicurato	la persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assistenza diretta	prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.
Assistenza Infermieristica Associata	l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma. la singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula attraverso il Certificato di assicurazione l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.
Certificato	il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.
Contraente	Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito solamente EMAPI che stipula solo la presente Convenzione.
Convalescenza	il periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.
Convenzione	la disciplina che regola i rapporti tra EMAPI, le Associate e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle condizioni generali di Convenzione, dalle Condizioni generali di assicurazione e dalle norme contenute nelle sezioni garanzie "A" e "B" .
Day Hospital	degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
Data evento	per i Ricoveri si intende quella in cui avviene il Ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
Difetto Fisico	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Difetto Fisico preesistente	alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Personale medico convenzionato	Professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.
Franchigie e scoperti	l'importo delle spese sostenute, se indennizzabili a norma di polizza, che rimane a carico dell'Assicurato.
Grandi Interventi	gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.
Gravi Eventi Morbosi	gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.
Indennità sostitutiva	importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.
Indennizzo	somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
Intervento chirurgico ambulatoriale	prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Iscritto	Professionista iscritto alle Cassa o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.
Istituto di cura	ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusione di stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.
Istituti di cura convenzionati	le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive;
Malformazione	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Polizza	documento che prova l'assicurazione.
Premio	somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Ricovero	degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.
Rischio	probabilità che si verifichi un sinistro.
Sinistro	verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società delegataria	la Compagnia prescelta dalle Società co-assicuratrici a stipulare il contratto.
Visita specialistica	visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

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 - Effetto della copertura

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato se il premio o la prima rata di premio sono state pagate altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio. Per le rate successive è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio o la regolazione del premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 3 – Assicurati

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

3.2 - Le garanzie della “Sezione A” sono estese a:

- a) Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, che non siano nelle condizioni di erogare ai loro iscritti la copertura a carico del proprio bilancio.
- b) Pensionati delle Casse ed Enti tali da non più di due anni dalla attribuzione del certificato di assicurazione alla rispettiva Cassa o Ente.
- c) Dipendenti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI.
- d) Nuclei Familiari interi degli assicurati.

3.3 - Per l'adesione alla “sezione garanzia B” ulteriore condizione, oltre a quelle sopra citate è l'attivazione della “sezione garanzia A”.

3.4 - Viene prevista la possibilità per i coniugi e i figli superstiti di iscritti deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dalla presente Convenzione dietro pagamento del relativo premio annuo.

3.5- 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 dell'apposito modulo di riadesione.

3.6 L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza di certificato non potranno più essere reinseriti.

Art. 4 – Limiti di età e Persone non assicurabili

Per coniuge o convivente more uxorio, per il quale l'Iscritto alle rispettive Casse richieda l'estensione della copertura, è previsto il limite di età massimo di 90 anni.

Nel caso di compimento dei 90 anni di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale di premio.

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. 3) lett. a), b) e c) delle Condizioni Generali di Assicurazione non è previsto alcun limite di età.

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, sindrome da HIV, alcolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini di cui all'art. 1898 del C.C. In tal caso il premio viene rimborsato.

Art. 5 – Nucleo Familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, degli iscritti. Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi.

Art. 6 – Termini di decadenza per le adesioni

Per le adesioni in forma individuale da parte dei soggetti di cui al secondo comma dell'art.3 delle Condizioni Generali di Convenzione nonché per le adesioni individuali della garanzia di cui al comma 3 dello stesso art. 3, è previsto un termine di 90 giorni, dalla data di adesione alla Convenzione della Cassa di previdenza di appartenenza.

Art. 7 – Variazioni in corso d'anno degli assicurati

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

Possono essere, altresì, assicurati i professionisti che si iscriveranno alle rispettive Casse nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione alla Cassa e Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime.

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

- **Inclusione di nuclei familiari**

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto all'art.6 delle Condizioni Generali di Convenzione è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite o adozioni. In questo caso il coniuge oppure il figlio potranno essere inseriti in polizza entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

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

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

Il venir meno dei requisiti di cui all'art. 3, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Assicurazione per conto Altrui

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 internazionale) 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, tuttavia l'esclusione non opera per i minori di tre anni.
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi comportanti intervento chirurgico.
- 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 e non preesistenti al contratto);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 4 – Oneri fiscali

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

Art. 5 – Altre assicurazioni

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

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

Art. 6 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 7 - 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. 8 – Eventi per i quali è prestata l'assicurazione

La presente assicurazione è prestata per gli eventi indicati alla “Sezione garanzia A” art. 3, negli elenchi I e II ed alla “Sezione Garanzie B” negli articoli dal 4 al 7.

Art. 9 – Anticipi

Nel caso di ricovero per il quale 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 idonea documentazione medica che consenta di valutare l'operatività della garanzia.

Art. 10 – Denuncia del sinistro

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

Art. 11 – Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni

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

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

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

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

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società con un preavviso di almeno due giorni. La Società mette a disposizione la propria centrale operativa tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete

convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

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. 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, tutte le spese relative al ricovero, ad eccezione delle spese di degenza, verranno liquidate con le modalità previste alla lett. b) del presente articolo.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie della "Sezione A" e della sezione "B".

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

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

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

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

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

c) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista agli articoli relativi alla garanzia "Indennità Sostitutiva" di cui all'articolo 3.4 della Sezione A o all'art. 4.5 della Sezione B. Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

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

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

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

Art. 12 – 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 dalla 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. 13 – Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'art. 12, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma. L'arbitrato avrà sede in Roma. Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 14 – Foro competente

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

Art. 15 – Garanzie accessorie (valide per la “Sezione garanzie A” e per la “Sezione garanzie B”)

Art. 15.1 - Servizi di informazione

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

a) Informazioni telefoniche

Il Call Center 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 tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

Art. 15.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dal Call Center per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde.

a) 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, il Call Center invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

All'estero

b) Viaggio di un familiare all'estero

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

c) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

d) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici del Call Center e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, il Call Center provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa 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.

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

Art. 16 – Procedura attuativa

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

Art. 17 – Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE GARANZIE “B” - RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE, DOMICILIARI

Piano copertura assicurativa integrativa e aggiuntiva alle garanzie sezione “A”

Premessa

La Presente sezione ha lo scopo di dare la possibilità di attivare, ad adesione individuale, una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia “A”. La garanzia “B” ha come presupposto per la sua operatività l’attivazione della garanzia “A” ed opera in via diretta o rimborsuale a condizione che non siano state richieste, per gli stessi eventi, le coperture previste dalla garanzia “A” riportate a pag. 19.

Art. 1 – Massimale

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie “B” è pari a **€ 260.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 – Periodo di carenza

La presente garanzia “B” non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della polizza. Le garanzie previste nel presente contratto sono attivate 200 giorni dopo l’adesione. Il predetto periodo di carenza è elevato a 230 giorni per il parto e a 150 giorni per l’aborto terapeutico.

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

Art. 3 - Franchigia e Scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300,00 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell’assicurato di € 1.750,00. Nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e personale medico, ambedue convenzionati, le prestazioni sono riconosciute senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4 – Ricovero

Art. 4.1 – Ricovero in Istituto di Cura

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l’inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

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

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

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

d) Rette di degenza

Per i soli ricoveri fuori rete convenzionata la garanzia è prestata con il limite di € 200,00 al giorno più il 50% della eccedenza.

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

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera.

La garanzia è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110,00 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), 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.

Art. 4.2 – Day hospital

Nel caso di day-hospital superiore a 3 giorni, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 4.1 della presente Sezione.

Art. 4.3 – Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Art. 4.4 – Parto e aborto

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Società liquida le spese per le prestazioni di cui al punto 4.1 della presente Sezione lett. b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, d) rette di degenza, g) Post-ricovero.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 4.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni previste al punto 4.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza” e un numero massimo di due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto, vengono rimborsate con il massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare; nell’ambito di questo massimale non è operante alcuna altra limitazione.

Art. 4.5 – Indennità sostitutiva

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 105,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ricovero.

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

Nel caso di day-hospital l’indennità giornaliera corrisposta è pari a € 52,50.

Art. 5 – Extraospedaliere e domiciliari

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 5.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico, ciclo di terapia e visita specialistica.

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

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici):

- Amniocentesi
- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolor Doppler

- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopia.
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Moc
- Oronografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Elettromiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
- Villocentesi

b) Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

c) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni alla presente lettera c) vengono rimborsate con un limite di € 1.800,00 per anno e per nucleo familiare.

Art. 6 – Protesi dentarie da infortunio

La Società rimborserà all'Assicurato, fino a concorrenza di € 3.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso, con il limite di € 400,00 per ogni elemento di protesi dentaria.

Art.7 - Check up (operante per il solo iscritto)

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione: prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame urine.

Inoltre:

Per gli uomini: Elettrocardiogramma da sforzo.

Per le donne: Ecodoppler arti inferiori.

In aggiunta oltre i 50 anni di età:

Per gli uomini (una volta l'anno): PSA (specifico antigene prostatico).

Per le donne (una volta ogni due anni): Mammografia.

Art.8 - Cure dentarie da infortunio

La Società rimborserà all'Assicurato, fino a concorrenza di € 2.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso.

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

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 30° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

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

SEZIONE GARANZIE “A” - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. 1 - Massimale assicurato

Euro 360.000,00 per nucleo e per anno.

Art. 2 - Franchigia e Scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300,00 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell'assicurato di € 2.000,00. Nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e personale medico, ambedue convenzionati, le prestazioni sono riconosciute senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 3 - Prestazioni Assicurate

Art. 3.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici

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

- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) per diritti di sala operatoria;
- c) per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) per rette di degenza;
- f) per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi. In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espanto, 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 110,00** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di euro **2.600,00** massimo per anno;
- i) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **2.000,00** per ricoveri in Stati della UE ed euro **4.000** per ricoveri nel resto del mondo;

- j) per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.200,00** per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- k) per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.000,00** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile 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, compresi gli onorari dei medici, effettuati 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, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di euro **13.000** per anno;

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

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, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di euro **15.500** per assicurato e per anno.

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

Art. 3.4 - Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento o grave evento morbos, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di € 155,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

Art. 3.5 - Day Hospital

Day-hospital: la degenza in Istituto di Cura in regime di day-hospital superiore a giorni tre è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura.

Art. 4 - Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

(per i soli iscritti in forma collettiva)

In caso di infortunio che comporti all'assicurato, iscritto ad una Cassa o Ente di Previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva, un'invalidità permanente parziale di grado superiore al 66% la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale assicurato ovvero ad € 40.000,00.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

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

La presente garanzia integrativa alla Sezione Garanzie "A" si intende valida solo per gli 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.

ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- A)** Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di **tumori maligni**, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i **tumori benigni**, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.
- B)** **Interventi per trapianti: tutti.**
- C)** **Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.**
- D)** **Interventi di neurochirurgia per:**
- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - 3) intervento per encefalomeningocele;
 - 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
 - 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;
 - 9) cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
 - 10) neurotomia retrogasseriana;
 - 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
 - 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, 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.
- 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) echinococchi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti, pseudocisti, 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.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

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

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

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

K) Interventi di chirurgia toracica per:

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

L) Interventi di chirurgia pediatrica per:

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

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 in trattamento con aggravamento delle condizioni generali - accertamenti e cure.
- 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 necessitino di intervento chirurgico o che questo sia al momento controindicato.
- F)** Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- G)** Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.