

Estratto di contratto

Fra la Spettabile

EMAPI - Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Via XX Settembre, 26 - 00187 Roma
Codice Fiscale: 97269410581

Fra la Spettabile

Società Reale Mutua di Assicurazioni
Via Corte d'Appello 11, 10121 Torino
CF: 00875360018
Partita IVA: 11998320011

Si stipula la seguente:

CONVENZIONE "Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani – EMAPI"
Polizza collettiva per l'Assistenza Sanitaria Integrativa – ASI

CONTRATTO NUM. 2020/05/2901681
EFFETTO: dalle ore 24.00 del 15.08.2020
SCADENZA CONTRATTO: alle ore 24.00 del 15.04.2024

SOMMARIO

DEFINIZIONI		5
CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE		9
Art. 1	Effetto e durata della Convenzione	9
Art. 2	Certificati di applicazione	9
Art. 3	Modifiche	9
Art. 4	Rinnovo dei Certificati	9
Art. 5	Oggetto della Convenzione	10
Art. 6	Effetto della copertura	10
Art. 7	Assicurati	10
Art. 8	Limiti di età	11
Art. 9	Nucleo familiare	12
Art. 10	Termini di decadenza per le adesioni	12
Art. 11	Adesioni ed Inclusioni	12
Art. 12	Pagamento e regolazione del premio	13
Art. 13	Clausola risolutiva espressa	14
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE		15
Art. 1	Assicurazione per conto altrui	15
Art. 2	Estensione territoriale	15
Art. 3	Rischi esclusi dall'assicurazione	15
Art. 4	Oneri fiscali	16
Art. 5	Altre assicurazioni	16
Art. 6	Clausola broker	16
Art. 7	Forma delle comunicazioni	16
Art. 8	Modalità trasmissione dati	16
Art. 9	Diminuzione del rischio	17
Art. 10	Rinuncia al recesso dal contratto	17
Art. 11	Spese	17
Art. 12	Eventi per i quali è prestata l'assicurazione e network convenzionati	18
Art. 13	Anticipi	18
Art. 14	Denuncia del sinistro	19
Art. 15	Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni	19
Art. 16	Commissione paritetica	21
Art. 17	Collegio arbitrale	21
Art. 18	Foro competente	22
Art. 19	Garanzie accessorie (valide per tutti gli assicurati)	22
Art. 19.1	Servizi di informazione	22
Art. 19.2	Prestazioni di assistenza	22
Art. 20	Procedura attuativa	24
Art. 21	Rinvio alle norme di legge	24
SEZIONE GARANZIE "A" – GRANDI INTERVENTI E GRAVI EVENTI MORBOSI		25
Art. 1	Massimale assicurato	25
Art. 2	Franchigia e Scoperto	25
Art. 3	Prestazioni Assicurate	25
Art. 3.1	Ricoveri per Grandi interventi chirurgici	25
Art. 3.2	Ricoveri senza intervento chirurgico per Gravi eventi morbosi	26
Art. 3.3	Trattamento domiciliare per Gravi eventi morbosi	26
Art. 3.4	Indennità sostitutiva	27
Art. 3.5	Day Hospital	27
Art. 3.6	Interventi chirurgici odontoiatrici	27
Art. 3.7	Extraospedaliere	28
Art. 3.8	Follow up oncologico	29

Art. 3.9	Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)	30
Art. 3.10	Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)	30
Art. 3.11	Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)	30
Art. 4	Premio	31
Art. 5	Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.1	31
Art. 6	Premio aggiuntivo	32
Art. 7	Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.2	32
Art. 8	Premio aggiuntivo	33
Art. 9	Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.3	33
Art. 10	Premio aggiuntivo	34

ELENCO I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	35
ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI	38

SEZIONE GARANZIE “B” – COPERTURE ASSICURATIVE INTEGRATIVE ALLE GARANZIE SEZIONE “A”	39
Norme comuni alle opzioni “B1 SMART” e “B2 PLUS”	39
A Premessa	39
B Esclusioni	39
C Carenze	39

SEZIONE GARANZIE B 1 – SMART	40	
Art. 1	Massimale assicurato	40
Art. 2	Ricovero	40
Art. 2.1	Franchigia e Scoperto	40
Art. 2.2	Ricovero in Istituto di Cura	40
Art. 2.3	Day Hospital	41
Art. 2.4	Intervento chirurgico ambulatoriale	41
Art. 2.5	Parto e aborto	42
Art. 3	Indennità sostitutiva	43
Art. 4	Cure per il neonato nel primo mese di vita	43
Art. 5	Check up	43
Art. 6	Prevenzione dentaria	44
Art. 7	Premio	44

SEZIONE GARANZIE B 2 - PLUS	45	
Art. 1	Massimale assicurato	45
Art. 2	Ricovero	45
Art. 2.1	Franchigia e Scoperto	45
Art. 2.2	Ricovero in Istituto di Cura	45
Art. 2.3	Day Hospital	46
Art. 2.4	Intervento chirurgico ambulatoriale	46
Art. 2.5	Parto e aborto	46
Art. 3	Indennità sostitutiva	47
Art. 4	Extraospedaliere e domiciliari	48
Art. 5	Check up	50
Art. 6	Prevenzione dentaria	51
Art. 7	Cure dentarie da infortunio	51
Art. 8	Protesi dentarie da infortunio	51
Art. 9	Cure per il neonato nel primo mese di vita.....	51
Art. 10	Premio	52
Art. 11	Garanzia Aggiuntiva B 3	52
Art. 12	Premio aggiuntivo	52

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	Società Reale Mutua di Assicurazioni.
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.
Ciclo di cura/terapia	L'insieme delle prestazioni (cura/terapie e/o visite/accertamenti) connesse ad una medesima malattia/infortunio, prescritte in una unica soluzione.
Contraente	Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito 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 (Elenco I)
Gravi Eventi Morbosi	Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (Elenco II)
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 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.
Supporto psicologico	L'intervento, realizzato da uno psicologo attraverso l'utilizzo di specifiche tecniche e competenze professionali, il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita dell'individuo e degli equilibri adattivi in situazioni di criticità,

sviluppando e potenziando le risorse della persona e le sue capacità di autodeterminazione.

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 – Effetto e durata della Convenzione

La Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata di 44 mesi, dalle ore 24,00 del 15/08/2020 alle ore 24.00 del 15/04/2024, con facoltà di disdetta riconosciuta alla Compagnia di Assicurazione a partire dalle ore 24.00 del termine della seconda scadenza annuale (15/04/2022) ed alla successiva scadenza annuale (15/04/2023), a condizione che la disdetta venga comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, con un preavviso di 180 giorni rispetto alla scadenza annuale. Più specifiche disposizioni relative al primo periodo del rapporto (15/08/2020 – 15/04/2021) sono contenute nell'Appendice n. 1 della presente Convenzione.

EMAPI può recedere dal contratto a partire dalle ore 24.00 del termine della prima scadenza annuale (15/04/2021) ed alle successive scadenze annuali (15/04/2022 e 15/04/2023) con preavviso di 60 giorni, senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

La Convenzione opera, ad ogni effetto - per la validità delle coperture e le modalità di adesione - senza soluzione di continuità con le Convenzioni di Assistenza Sanitaria Integrativa stipulate precedentemente da EMAPI (num.100585 sottoscritta con RBM Assicurazione Salute, che già operava ad ogni effetto senza soluzione di continuità con la Convenzione di Assistenza Sanitaria Integrativa stipulata tra EMAPI e Assicurazioni Generali scaduta il 15/04/2017).

La Convenzione non vincola in alcun modo EMAPI, la quale non è tenuta a garantire l'adesione alla convenzione stessa né delle singole Casse ed Enti aderenti ad EMAPI medesima, né degli iscritti alle predette singole Casse ed Enti.

La Società Assicuratrice, pertanto, dichiara espressamente di accettare tale prescrizione, senza che da ciò possa derivare per la Società medesima diritto ad alcun compenso o indennizzo.

Art. 2 – Certificati di applicazione

L'adesione al presente programma da parte delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e da essa ammesse alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante Certificati di Assicurazioni emessi dalla Società per ogni singola Cassa o Ente associato. I Certificati avranno durata e decorrenza definite dalla Contraente ferma restando la scadenza uguale a quella della Convenzione.

Tali Certificati costituiranno parte integrante della Convenzione e pertanto la relativa normativa ivi prevista deve essere considerata integralmente estesa alle Associate, assicurate per il tramite dei suddetti certificati.

Art. 3 – Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli certificati, se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa accettata dalla Società e dalla Contraente.

Art. 4 – Rinnovo dei Certificati

In mancanza di disdetta, inviata da una delle Casse/Enti aderenti ad EMAPI con lettera raccomandata almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza dei singoli certificati, questi sono prorogati per la durata di un anno, fermo restando il rinnovo della Convenzione. Nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati alla prima scadenza utile.

Art. 5 – 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. 6 - 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.

La Convenzione opera, ad ogni effetto - per la validità delle coperture e le modalità di adesione -, senza soluzione di continuità con le Convenzioni di Assistenza Sanitaria Integrativa stipulate precedentemente da EMAPI (num.100585 sottoscritta con RBM Assicurazione Salute, che già operava ad ogni effetto senza soluzione di continuità con la Convenzione di Assistenza Sanitaria Integrativa stipulata tra EMAPI e Assicurazioni Generali scaduta il 15/04/2017).

Art. 7 – Assicurati

7.1 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 dello specifico Certificato di assicurazione, a favore di:

- a) Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva.
- b) 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 alla lettera a) che precede.
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 Casse ed Enti che abbiano attivato le garanzie previste dalla presente Convenzione ai sensi della lettera a) che precede, potranno richiedere di attivare la copertura, in forma collettiva, anche a favore dei praticanti; in caso di mancato rinnovo delle garanzie per gli iscritti di cui alla lettera a) del presente articolo, la Cassa ed Ente di Previdenza aderente ad EMAPI non potrà rinnovare l'attivazione della copertura a favore dei praticanti.
- d) Dipendenti delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, anche qualora le predette Casse/Enti non abbiano consentito alla forma collettiva per i propri Professionisti e Pensionati in attività di cui alle lettere a) e b) del presente Articolo 7.1.
- e) Dipendenti e consulenti di EMAPI.

7.2 Le garanzie della "Sezione A" sono attivate, 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. 7.1 lettera a).
- c) Dipendenti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI qualora questi ultimi non abbiano attivato le garanzie in forma collettiva così come previsto dalla lettera d) dell'Art. 7.1 che precede, nonché ai dipendenti dei professionisti iscritti a Casse o Enti aderenti ad EMAPI.

7.3 Le garanzie della "Sezione A" sono inoltre estese, a titolo individuale, ai nuclei familiari interi degli assicurati (di cui all'Art. 7.1 e 7.2).

E' possibile non attivare 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, dovrà essere fornita 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.

7.4 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".

Nel caso di estensione delle garanzie della "Sezione A" al nucleo familiare, l'ampliamento della copertura ad una delle opzioni previste dalla "Sezione B" dovrà avvenire per tutti i familiari assicurati ai sensi del precedente Art. 7.3; qualora l'onere economico per l'estensione delle suddette garanzie della "Sezione A" anche per i familiari sia a carico della Cassa/Ente di riferimento, l'iscritto potrà attivare una delle opzioni previste dalla "Sezione B" anche senza estenderle al nucleo familiare (che pertanto fruirà delle sole garanzie della "Sezione A").

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 all'Art.7.1 lettere a) e b), o siano prestate per tutti i praticanti di cui all'Art. 7.1 lettera c), oppure per i dipendenti di cui all'Art. 7.1 lettere d) ed e).

7.5 Viene prevista la possibilità per i familiari (così come indicati al successivo Art.9) di iscritti deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dalla presente Convenzione dietro pagamento del relativo premio annuo.

7.6 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.

7.7 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. 8 – Limiti di età

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

Per gli altri soggetti di cui all'art. 7.2 lettere a), b) e c) delle Condizioni Generali di Convenzione non è previsto alcun limite di età.

Art. 9 – Nucleo Familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge/partner unito civilmente 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. 10 – 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.7.2 delle Condizioni Generali di Convenzione nonché per le adesioni individuali della garanzia di cui al punto 3 dello stesso art. 7, 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. 11 – Adesioni ed inclusioni

- **Adesioni di Enti o Casse con copertura sanitarie già attivate**

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 con la propria copertura assicurativa e per tutte le Sezioni di cui si compone la presente Convenzione, dei possibili assicurati di cui all’art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione; ai fini delle determinazione del premio si applica quanto previsto al punto successivo.

- **Inclusione di Enti o Casse in corso d’anno.**

In caso di inclusione in garanzia in corso d’anno di un Ente o Cassa, aderente ad EMAPI, il premio verrà conteggiato in base alla data di inclusione in garanzia, in dodicesimi, con il minimo di due dodicesimi e verrà pagato secondo le modalità di cui all’art. 12.

- **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 di cui all’art. 12 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell’intero premio annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell’intero premio annuo; in ogni caso, qualora la Cassa/Ente abbia attivato la copertura in corso d’anno, la misura del premio da corrispondere per il professionista inserito nella medesima annualità non potrà

essere superiore a quella versata dalla Cassa/Ente al momento dell'attivazione delle garanzie in forma collettiva.

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. 9) o nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura assicurativa per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle garanzie ai sensi dell'Art.7.2, lettera d) delle Condizioni Generali di Convenzione.

In questo caso i familiari (così come indicati al precedente Art.9) 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. 7, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

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

Art. 12 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuale è versato dalle Associate tramite EMAPI in unica rata annuale anticipata; per il pagamento del premio è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Le regolazioni avverranno su base annuale. Il Contraente è obbligato a comunicare alla Società entro 60 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo annuo i dati necessari alla regolazione. Il pagamento delle differenze attive risultanti deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data del conto di regolazione emesso dalla Società. Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno.

I premi devono essere pagati alla Società tramite EMAPI.

Art. 13 – Clausola risolutiva espressa

La presente convenzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di EMAPI di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione di EMAPI;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R. in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

Si precisa che la Convenzione è stipulata nelle more del rilascio da parte del UTG competente dell'informativa ex art. 91 del D.Lgs. 159/2011 attestante l'inesistenza di cause di decadenza o tentativi di infiltrazione mafiosa. Al riguardo l'informativa è stata richiesta - tramite accesso al sistema telematico di certificazioni antimafia Si.Ce.Ant. - e sono state acquisite le autocertificazioni ex art. 89 del citato decreto.

Qualora, una volta acquisite le informazioni, dovesse risultare la sussistenza di cause di decadenza o tentativi di infiltrazione mafiosa, troveranno applicazione le disposizioni normative di cui all'art. 92, commi 3 e 4, del D. Lgs. 159/2011 s.m.i.

Roma, il 15/07/2020

**EMAPI – Ente di Mutua Assistenza
Per i Professionisti Italiani**

Il Presidente

Dott. Demetrio Houlis

Società Reale Mutua di Assicurazioni

Il Legale Rappresentante

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 o di Grave Evento Morboso, indennizzabili ai sensi di polizza (ivi compresi gli interventi di simmetrizzazione della mammella controlaterale a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi 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 ad eccezione di quelle indennizzabili 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 ad eccezione di quelli indennizzabili a termini di polizza;
- 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 dichiara di aver affidato la gestione e l'esecuzione della presente polizza alla Società di brokeraggio assicurativo ITAL BROKERS S.p.A., Via Albaro 3 Genova – P.I./C.F. n. 08536311007– Matricola RUI: B000059359.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione potrà anche avvenire per il tramite del Broker incaricato; agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare tempestivamente a ciascuna delle parti le comunicazioni ricevute.

Fanno eccezione le comunicazioni riguardanti la durata, e la cessazione del rapporto assicurativo, che dovranno essere necessariamente fatte dal Contraente all'Agenzia o alla Compagnia e che saranno efficaci a termini di legge solo dalla data di ricevimento. Si precisa che ogni modifica del contratto che richieda una stipulazione scritta, impegna la Società solo dopo la firma dell'atto relativo.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del Dlgs 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n. 5/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi verrà fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 cc del pagamento così effettuato.

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

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 - Modalità trasmissione dati

EMAPI si impegna a trasmettere alla Società l'aggiornamento dei dati degli Assicurati, fornito dalle rispettive Casse ed Enti aderenti, tramite tracciato record.

La Società:

- I) raccoglie le adesioni tramite le comunicazioni fatte pervenire da EMAPI;
- II) garantisce assistenza telefonica;
- III) acquisisce la documentazione relativa al sinistro;

- IV) comunica con cadenza settimanale ad EMAPI le aperture e le gestioni di sinistro e le liquidazioni operate nella settimana stessa, sia quelle relative alle richieste di rimborso sia quelle relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta. I dati verranno forniti tramite supporto elettronico con i seguenti parametri: numero di pratica EMAPI, numero di sinistro, dati anagrafici e n. matricola degli assicurati, Cassa di appartenenza, garanzia attivata, prestazione effettuata, tipologia sinistro, tipologia prestazione, tipologia sottoprestazione, modalità di fruizione (diretta, indiretta, SSN), data sinistro, data prestazione e sottoprestazione, stato sinistro (liquidato, riservato, rigettato) data di definizione (liquidazione, sospensione, reiezione) ed eventuali giorni di diaria spettanti, importo richiesto ed importo liquidato/riservato;
- V) comunica con cadenza mensile ad EMAPI, anche attraverso supporto elettronico, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo, dalla data di inizio della copertura a quella di termine del mese di elaborazione), suddivise per Cassa/Ente, riepilogative dei sinistri diretti ed indiretti (con evidenza di quelli effettuati anche presso il SSN), liquidati riservati e rigettati, suddivisi in base alle tipologie di garanzia e singola tipologia di prestazione e singola sotto prestazione medica e sanitaria, con indicazione del numero dei sinistri per ciascuna delle garanzie e del numero delle singole prestazioni e del numero delle sotto prestazioni, oltre che dell'importo richiesto, pagato e riservato (relative e ai suddetti sinistri, prestazioni e sottoprestazioni);
- VI) fornisce a EMAPI le motivazioni delle reiezioni affinché possa verificarne l'effettiva correttezza.

In ogni caso EMAPI potrà richiedere implementazioni alle informazioni relative ai dati settimanali e mensili (IV e V); le informazioni con le nuove modalità indicate dovranno essere rese disponibili dalla Società entro sessanta giorni dalla richiesta.

La Società si impegna a fornire i suddetti dati, compresi gli aggiornamenti degli stessi, sino a due anni oltre la data di cessazione della Convenzione.

La Società si impegna altresì a fornire ad EMAPI ogni informazione utile circa i sinistri (sia diretti che indiretti), oltre che la relativa documentazione medica e di spesa; la Società si impegna infine, per il tramite della propria struttura organizzativa e del proprio personale localizzati in Italia, a fornire ad EMAPI ogni assistenza utile in merito ai sinistri.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale.

Art. 9 – Diminuzione del rischio

Ai sensi dell'art.1897 del C.C. nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e ferma la rinuncia al diritto di recesso.

Art. 10 - 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. 11 - Spese

La Società si impegna a stampare e inviare agli assicurati, per ogni annualità a proprie spese, una brochure illustrativa contenente la polizza e le modalità di utilizzo.

Il testo (che oltre alle condizioni del programma assicurativo potrà riguardare argomenti di interesse preventivo e sanitario in generale), le modalità grafiche e la tipologia di materiale della brochure saranno concordate tra la Società ed EMAPI; quest'ultimo, inoltre, verrà delegato dalla Società a curare la predisposizione, la stampa e la spedizione di detto materiale, fermo restando che il pagamento ai fornitori verrà effettuato direttamente dalla Società.

La spedizione dovrà avvenire entro il 31/03 di ogni anno, affinché gli Assicurati possano esercitare eventualmente l'estensione ai familiari. Tutte le relative spese, postali comprese, sono interamente a carico della Società.

Art. 12 – 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. 15 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 anche effettuare il 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 tre mesi dalla segnalazione. Qualora le procedure di convenzionamento non vengano concluse nel periodo indicato di tre 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. 13 – 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. 14 – Denuncia del sinistro

L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società tramite EMAPI e l'Ente provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società.

Al termine della valutazione del sinistro, la Società invia all'assicurato ed in copia ad EMAPI una comunicazione cartacea che illustra l'esito della valutazione effettuata (con indicati i dettagli delle liquidazioni in forma diretta e dei rimborsi predisposti, ovvero i motivi della mancata liquidazione).

Art. 15 – 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 trasmettere copia del referto di Pronto Soccorso ovvero certificazione medica ed eventuali 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, attraverso modulistica predisposta dallo stesso EMAPI, la documentazione del sinistro corredata da copia della cartella clinica (anche su supporto elettronico) in caso di ricovero e dai certificati medici (da cui sia possibile desumere la patologia certa o presunta, ovvero l'infortunio) 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 ed al relativo pagamento entro e non oltre 40 giorni di calendario 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. Il riconoscimento della indennità sostitutiva avviene secondo le modalità indicate al precedente punto b).

Art. 16 – Commissione paritetica

La risoluzione 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 anche con riferimento alla corretta gestione dei sinistri, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

La Commissione è convocata dal Presidente di EMAPI anche su richiesta della Società e le modalità di funzionamento sono quelle descritte nell'Allegato A che si intende parte integrante del presente contratto.

Art. 17 – Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'Art. 16, 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. 18 – 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. 19 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli assicurati).

Art. 19.1 - 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, l'assicurato può contattare la Centrale Operativa ai seguenti numeri telefonici, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30:

- dall'Italia 800 936.633
- dall'estero +39 011 7425739

Art. 19.2 – 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 indicato al precedente Art. 19.1. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Informazioni sanitarie (a parziale deroga di quanto sopra, il servizio sarà attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30).

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

- a) strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- b) indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- c) 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 messaggio 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, prima classe (o equivalente) ove disponibile, 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, prima classe (o equivalente).

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.

h) Diagnosi comparativa

Qualora l'assistito, al momento in cui viene fornita una diagnosi o una impostazione terapeutica, avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti alla verifica da parte di ulteriori medici specialistici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un secondo parere medico.

L'accesso al servizio è consentito in presenza di diagnosi/accertamento di una delle seguenti gravi patologie:

- Morbo di Alzheimer
- Morbo di Parkinson
- HIV/AIDS
- Cecità/Sordità/Perdita della parola
- Malattie neoplasiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Ictus
- Insufficienza renale
- Trapianto di organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi multipla
- Paralisi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa e successivamente, seguendo le indicazioni ricevute, dovrà inviare la documentazione clinica in suo possesso, relativa alla patologia oggetto della richiesta, affinché sia esaminata e valutata, con costi interamente a carico della Società, da consulenti esperti indipendenti.

EMAPI e la Società, al fine di garantire l'assoluta qualità di tali prestazioni e dei pareri da acquisire, concorderanno la strutturazione di detto servizio e la procedura che definirà le modalità di accesso alla garanzia.

Art. 20 – 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. 21 – 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 500.000 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. 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. 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, prestazioni sanitarie in genere, 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 € 110 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di € 3.900 massimo per anno;
- 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 € 3.000 per ricoveri in Stati della UE ed € 6.000 per ricoveri nel resto del mondo; la prestazione ricomprende le spese per i biglietti del treno/aereo/nave, le spese per il carburante ed i pedaggi autostradali, le spese per i taxi.
- j) per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di € 5.500 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 € 15.000 per evento;
- l) per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € 5.000 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Art. 3.2 - Ricoveri senza intervento chirurgico per Gravi eventi morbosi.

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco II, le seguenti spese in caso di ricovero:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 100 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza.

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 di cui all'Elenco II, 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 – Trattamento medico domiciliare per Gravi eventi morbosi.

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco II, le seguenti spese in caso di trattamento domiciliare:

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti/chemioterapiche (queste ultime ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale e/o ospedaliero), le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche oltre che le prestazioni di supporto psicologico.
- 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 (Elenco I) o di Grave Evento Morboso (Elenco II), 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, 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. 15 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

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

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.

Art. 3.6 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

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

- osteiti mascellari che coinvolgano 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 ospedaliere (per il solo caponucleo)

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 800 per assicurato e per anno assicurativo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione 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. 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 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.

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 come unica prestazione 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 e analoghi test prenatali non invasivi (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 – Follow up oncologico.

La Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio per fini di controllo effettuati nei 5 anni successivi alla diagnosi ovvero all'intervento chirurgico collegato e conseguente ad una neoplasia maligna.

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 ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 500** per assicurato e per anno assicurativo.

Ai fini della autorizzazione l'Assicurato è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- Impegnativa (ricettario) del medico di medicina generale riportante l'esenzione 048 nell'apposito spazio, oppure:
- Impegnativa del medico specialista oncologo (ricetta bianca) accompagnata da fotocopia del tesserino di esenzione ticket 048 con evidenziata la data di decorrenza.

A parziale deroga di quanto previsto dal II comma, la Società provvedere al rimborso di 1 visita specialistica oncologia effettuata da professionisti non convenzionati con la Società; il rimborso avverrà previa applicazione di uno scoperto del 20% fermo il limite di rimborso di € 120 da considerarsi come sottolimito di quello indicato al III comma del presente Articolo.

Art. 3.9 – 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 dedicati, raggiungibili attraverso il numero verde indicato al precedente Art. 19.1, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, 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 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 dedicati, raggiungibili attraverso il numero verde indicato al precedente Art. 19.1, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, 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. 3.11 – 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 dedicati, raggiungibili attraverso il numero verde indicato al precedente Art. 19.1, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, 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 – Premio

Il premio annuo lordo della presente Sezione A è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva e i contributi relativi alle adesioni volontarie sono indicati nell'apposito prospetto.

Art. 5 – Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.1 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

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 avrà validità solo per gli iscritti in forma collettiva di cui all'Art. 7.1 lettera a) e b) 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 praticanti e/o dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata in forma collettiva la copertura prevista alla Garanzia "A"; tale possibilità è estesa anche ad EMAPI a favore dei propri dipendenti.

Viene convenuto ai fini dell'attivazione della garanzia il premio aggiuntivo per iscritto di cui al successivo Art. 6.

In aggiunta a quanto previsto dalla Garanzia A, la Società provvede al pagamento della seguente prestazione.

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 **€ 80.000**.

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.

Art. 6 – Premio Aggiuntivo

Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 5– Ampliamento Garanzia A - A.1– Indennità per grave invalidità permanente da infortunio, è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva.

Art. 7 – Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.2 Pacchetto Check Up

È 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 avrà validità solo per gli iscritti in forma collettiva di cui all'Art. 7.1 lettera a) e b) 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 praticanti e/o dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata in forma collettiva la copertura prevista alla Garanzia "A"; tale possibilità è estesa anche ad EMAPI a favore dei propri dipendenti.

Viene convenuto ai fini dell'attivazione della garanzia il premio aggiuntivo per iscritto di cui al successivo Art. 8.

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 mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare il presente Check Up:

- 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.

La prestazione è effettuata in una unica soluzione ed è 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.

Qualora l'Assicurato non si avvalga di una struttura convenzionata con la Società, questa rimborsa le spese sostenute per effettuare le prestazioni di cui al presente Articolo, fino alla concorrenza dell'importo di € 250 da intendersi come disponibilità massima per Assicurato e per annualità assicurativa; in questo caso, a parziale deroga di quanto sopra previsto, le prestazioni potranno essere effettuate nell'arco massimo di 7 giorni consecutivi e dovranno essere inviate in una unica richiesta di rimborso.

Art. 8 – Premio Aggiuntivo

Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 7 – Ampliamento Garanzia A - A.2 Pacchetto Check Up, è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva.

Qualora l'assicurato aderisca anche ad una delle opzioni della Garanzia che preveda anch'essa il Pacchetto Check Up, rimane fermo che l'assicurato avrà diritto di richiedere il rimborso (ovvero effettuare la prestazione in forma diretta a seconda dei casi) solo per un Check up (o quello previsto dall'Art. 7 che precede o dalle Garanzie B).

Art. 9– 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 avrà validità solo per gli iscritti in forma collettiva di cui all'Art. 7.1 lettera a) e b) 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 praticanti e/o dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata in forma collettiva la copertura prevista alla Garanzia "A"; tale possibilità è estesa anche ad EMAPI a favore dei propri dipendenti.

Viene convenuto ai fini dell'attivazione della garanzia il premio aggiuntivo per iscritto di cui al successivo Art. 10.

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:

- a) n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- b) analisi clinico chimiche da protocollo
- c) alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi e analoghi test prenatali non invasivi;
- d) n. 4 visite specialistiche di controllo ostetrico-ginecologiche;
- e) n. 1 ecocardiografia fetale;
- f) n. 1 visita specialistica ginecologica di controllo post parto;
- g) n. 2 visite urologiche;
- h) un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto;
- i) n. 3 colloqui psicologici post partum effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data del parto stesso. In caso di aborto, il numero dei colloqui è elevato a 6 e dovranno essere effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data dell'aborto.

La garanzia è prestata fino ad un massimo per evento di € 2.000 con il sottolimito di € 500 per i test prenatali non invasivi, tale sottolimito non si applica se le prestazioni sono rese in assistenza diretta

così come disciplinata dall'Art' 15 lettera a) delle condizioni Generali di Assicurazione; 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 prestazioni previste dalla presente Garanzia si intendono rimborsabili secondo le seguenti modalità:

- I) se la prestazione è 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;
- II) nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato;
- III) 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, ovvero per ciclo di terapia nel caso di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto.
Per quanto attiene i 3 colloqui psicologici *post partum* previsti alla precedente lettera i), qualora le prestazioni siano rese da professionisti non convenzionati con la Società, il rimborso verrà effettuato dalla Società con l'applicazione di una franchigia di € 20 per prestazione e nel limite massimo complessivo di rimborso per detti colloqui (resi da professionisti non convenzionati) di € 250,00, elevato a € 500 in caso di aborto.

Art. 10– Premio Aggiuntivo

Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 9 – Ampliamento Garanzia A - A.3 Pacchetto Maternità, è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva.

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 vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E) Interventi chirurgici (cardiochirurgia e cardiologia interventistica) al cuore 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, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;

- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovescicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) dontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabirintica 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

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 Gravi Eventi Morbosi indennizzabili ai sensi della presente polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

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”
COPERTURE ASSICURATIVE INTEGRATIVE ALLE GARANZIE SEZIONE “A”

Norme comuni alle opzioni “B1 SMART” e “B2 PLUS”

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” e non ricomprende, salvo deroghe specifiche, gli eventi e le prestazioni previste dalla Sezione Garanzie A.

B – Esclusioni

Fermo quanto indicato dall’Art. 3 – “Rischi esclusi dall’assicurazione” delle Condizioni Generali di Assicurazione, le garanzie previste nella presente Sezione (Garanzie “B Smart” e “B Plus”) non operano 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 accaduti prima della suddetta data di adesione (fermo quanto previsto al primo punto dell’Art. 11 delle Condizioni Generali di Convenzione).

In caso di mancato rinnovo di anno in anno dell’adesione alla presente Sezione B (opzione “B Smart” e “B Plus”), l’esclusione di cui al primo comma del presente Articolo inizierà a decorre ex-novo dalla data di ri-adesione dell’assicurato.

Nel caso in cui Garanzia B Smart o B Plus sia prestata in forma collettiva, così come previsto all’Art. 7.1 delle Condizioni Generali di Convenzione, l’esclusione di cui sopra non trova applicazione; tale condizione di miglior favore non si applica anche ai familiari degli iscritti quando anche per questi l’estensione di copertura avvenga in forma collettiva.

C – Carenze

Le garanzie previste nella presente Sezione (Garanzie “B Smart” e “B Plus”) 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:

- infortunio avvenuto successivamente alla data di adesione;
- Check up (Art. 5 delle opzioni B Smart e B Plus);
- Prevenzione dentaria (Art. 6 delle opzioni B Smart e B Plus).

La carenza di cui al comma che precede è elevata a 270 giorni in caso di parto, l’aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio; tale carenza non si applica qualora risulti provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione:

- qualora l’Assicurato sia stato assicurato nell’annualità precedente con polizza rimborso spese mediche 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;

- in caso di cambio di opzione (dall'opzione "B Smart" a "B Plus", o viceversa);
- 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.

In caso di mancato rinnovo di anno in anno dell'adesione alle Garanzie ("B Smart" e "B Plus") previste dalla presente Sezione, i periodi di carenza di cui sopra inizieranno a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'Assicurato.

Nel caso in cui Garanzia B Smart o B Plus sia prestata in forma collettiva, così come previsto all'Art. 7.1 delle Condizioni Generali di Convenzione, i termini di carenza di cui sopra non trovano applicazione; tale condizione di miglior favore non si applica anche ai familiari degli iscritti quando anche per questi l'estensione di copertura avvenga in forma collettiva.

Sezione Garanzie B1 - Smart

Art. 1 – Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie previste dall'opzione B Smart è pari a € **250.000** per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 – Ricovero

Art. 2.1 - 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. 2.2. 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. 2.2. 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. 2.2 – 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) Trasporto: spese per il 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 **€ 3.000** per ricoveri in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo; la prestazione è valida solo in caso di ricovero con intervento chirurgico e ricomprende le spese per i biglietti del treno/aereo/nave, le spese per il carburante ed i pedaggi autostradali, le spese per i taxi.

Art. 2.3 – Day hospital

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

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 2.2 della presente sezione.

Art. 2.4 – Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'Art. 2.2 "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. 2.1:

- 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. 2.5 – 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 all'Art. 2.2 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. 2.1, nel limite massimo di **€ 8.000** per evento.

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.1, nel caso in cui la prestazione 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 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 all'Art. 2.2 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. A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.1, il rimborso avverrà senza applicazione di franchigie e scoperti nel limite massimo di **€ 5.000** per evento.

Il limite di **€ 5.000** di cui sopra non si applica nel caso in cui la prestazione 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 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 **€ 5.000** 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 **€ 5.000** per evento.

Art. 3 - 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) così come previste al precedente Art. 2, 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. 2.2 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. 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 - 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 Garanzia B Smart, 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. 5 – Check up

La prestazione è operante per il solo iscritto caponucleo, peraltro, qualora per questi sia stata attivata la Garanzia prevista dall'Art.7 Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.2 Pacchetto Check Up, le prestazioni previste dal presente Articolo potranno essere fruitive da uno dei componenti del nucleo familiare cui sia stata estesa la copertura prevista dalla presente Garanzia B.

La Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare il presente Check Up:

- 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) e PSA
- per le donne: ecodoppler arti inferiori e PAP test.

La prestazione è effettuata in una unica soluzione ed è 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.

Qualora l'Assicurato non si avvalga di una struttura convenzionata con la Società, questa rimborsa le spese sostenute per effettuare le prestazioni di cui al presente Articolo, fino alla concorrenza dell'importo di € 150 da intendersi come disponibilità massima per Assicurato e per annualità assicurativa; in questo caso, a parziale deroga di quanto sopra previsto, le prestazioni potranno essere effettuate nell'arco massimo di 7 giorni consecutivi e dovranno essere inviate in una unica richiesta di rimborso.

Art. 6 - Prevenzione dentaria

La prestazione (visita + ablazione, così come previste dal II comma del presente Articolo) è operante una volta l'anno per ciascun componente del nucleo familiare assicurato.

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: una visita di controllo e una ablazione tartaro.

Art. 7 - Premio

Il valore annuo del contributo della presente Sezione B Smart a carico del singolo iscritto è indicato nell'apposito prospetto.

Sezione Garanzie B2 - Plus

Art. 1 – Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie previste dall'opzione B Plus è pari a € **300.000** per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 – Ricovero

Art. 2.1 - 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. 2.2. 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. 2.2. 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. 2.2 – 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) Trasporto: spese per il 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 € 3.000 per ricoveri in Stati della UE ed € 6.000 per ricoveri nel resto del mondo; la prestazione è valida solo in caso di ricovero con intervento chirurgico e ricomprende le spese per i biglietti del treno/aereo/nave, le spese per il carburante ed i pedaggi autostradali, le spese per i taxi.

Art. 2.3 – Day hospital

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

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 all'Art. 2.2. 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. 4 della presente Sezione.

Art. 2.4 – Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 2.2 "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. 2.1:

- 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. 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 rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 2.5 – 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 all'Art. 2.2 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. 2.1, nel limite massimo di € 8.000 per evento.

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.1, nel caso in cui la prestazione 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 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 all'Art. 2.2 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. A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.1, il rimborso avverrà senza applicazione di franchigie e scoperti nel limite massimo di € **5.000** per evento.

Il limite di € **5.000** di cui sopra non si applica nel caso in cui la prestazione 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 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 € **5.000** 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 € **5.000** per evento.

Art. 3 - 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. 2.1. 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. 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 rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4 – Extraospedaliere e domiciliari

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 5.000 per nucleo familiare e per anno assicurativo. Qualora l'Assicurato ricorra a prestazioni previste sia dalla Garanzia A sia dalla Garanzia B Plus, vale a dire alta diagnostica radiologica e terapie (in rete e ticket) previste da entrambe le Garanzie (rispettivamente Art. 3.7 della Garanzia A e Art. 4 della Garanzia B2 – B Plus), si applicheranno le condizioni più favorevoli all'assicurato ed i massimali si intenderanno cumulabili.

Per l'attivazione della garanzia (lettere a, b, c e d) è necessaria una certificazione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, ovvero la certificazione medica ed eventuali referti diagnostici (ovvero il referto del Pronto Soccorso) che indichi la natura e la data di accadimento dell'infortunio; con l'ulteriore precisazione che per quanto riguarda le prestazioni fisioterapiche e riabilitative potrà anche essere sufficiente una certificazione che indichi la sintomatologia che ha reso necessarie le prestazioni. 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 come unica prestazione 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 e analoghi test prenatali non invasivi (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
- 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 prestazione/ciclo di cura e/o terapia.

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 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 prestazione ovvero ciclo di cura/terapia (ai fini del rimborso si considera unica prestazione la visita specialistica e l'accertamento diagnostico e di laboratorio così come previsti dalla presente lettera c) connessi ad una medesima patologia o infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso, ovvero indicati in una medesima fattura).

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, senza applicazione di scoperti/franchigie a carico dell'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. 5 – Check up

La prestazione è operante per il solo iscritto caponucleo, peraltro, qualora per questi sia stata attivata la Garanzia prevista dall'Art.7 Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) – A.2 Pacchetto Check Up, le prestazioni previste dal presente Articolo potranno essere fruite da uno dei componenti del nucleo familiare cui sia stata estesa la copertura prevista dalla presente Garanzia B.

La Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare il presente Check Up:

- 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

La prestazione è effettuata in una unica soluzione ed è 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.

Qualora l'Assicurato non si avvalga di una struttura convenzionata con la Società, questa rimborsa le spese sostenute per effettuare le prestazioni di cui al presente Articolo, fino alla concorrenza dell'importo di € 250 da intendersi come disponibilità massima per Assicurato e per annualità assicurativa; in questo caso, a parziale deroga di quanto sopra previsto, le prestazioni potranno essere effettuate nell'arco massimo di 7 giorni consecutivi e dovranno essere inviate in una unica richiesta di rimborso.

Art. 6 - Prevenzione dentaria

La prestazione (visita + ablazione, così come previste dal II comma del presente Articolo) è operante una volta l'anno per ciascun componente del nucleo familiare assicurato.

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: una visita di controllo e una ablazione tartaro.

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 - 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. 10 – Premio

Il valore annuo del contributo della presente Sezione B Plus a carico del singolo iscritto è indicato nell'apposito prospetto.

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 (dall'Art.1 all'Art. 11 che precedono), è stabilito che:

- I) **Art. 4 – Extraospedaliere e domiciliari** - 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.
- II) **Art. 5 – Check up:** la prestazione è estesa a ciascun componente del nucleo familiare assicurato.

Qualora l'Assicurato ricorra a prestazioni previste dalla Garanzia A e dalle Garanzie B Plus e B3, vale a dire alta diagnostica radiologica e terapie (in rete e ticket) previste da tutte e tre le Garanzie (rispettivamente Art. 3.7 della Garanzia A, Art. 4 della Garanzia B2 – B Plus ed il presente Art. 11), si applicheranno le condizioni più favorevoli all'assicurato.

Art. 12– Premio aggiuntivo

Il valore annuo del contributo della presente Sezione B3 a carico del singolo iscritto è indicato nell'apposito prospetto.

ALLEGATO A

COMMISSIONE PARITETICA MODALITA' DI FUNZIONAMENTO

1) Le Parti: ognuna delle parti (EMAPI/Compagnia di Assicurazione) può richiedere la convocazione della Commissione.

Tale facoltà, inoltre, è riconosciuta anche agli assicurati che la esercitano facendo specifica richiesta in tal senso ad EMAPI.

2) Rappresentanti: all'interno della Commissione Paritetica, EMAPI e la Compagnia di Assicurazione sono rappresentati da due membri ciascuno, ai quali è demandato il compito di analizzare le problematiche per le quali è stata di volta in volta convocata la Commissione e di esprimere un giudizio, ovvero adottare provvedimenti, in collaborazione con i rappresentanti dell'altra parte.

Ai rappresentanti sono, pertanto, demandati poteri decisionali e vincolanti per le rispettive parti committenti.

Ciascuna parte:

- individua i propri rappresentanti tra persone di fiducia, dotate di idonea preparazione ed esperienza nella trattazione degli argomenti rientranti nelle funzioni della Commissione Paritetica e dotate di adeguato potere decisionale;
- nomina i propri rappresentanti e ne comunica, per iscritto, le generalità all'altra in qualsiasi momento ma, in ogni caso, in occasione della convocazione della Commissione Paritetica.

Ciascuna parte è libera di modificare i propri rappresentanti, fermo restando che l'esercizio delle funzioni di questi ultimi è limitato nell'ambito della singola riunione della Commissione Paritetica, per la quale sono stati nominati in sede di convocazione.

3) Modalità di convocazione: ogni parte può richiedere, in qualsiasi momento, la Convocazione della Commissione Paritetica tramite invio di una comunicazione contenente le seguenti informazioni:

- a) proposta di una o più date per la riunione (che deve essere riunita entro 40 gg dalla data di convocazione);
- b) indicazione di due rappresentanti (individuazione dei due demandati, qualora sia stata in precedenza nominata una pluralità di rappresentanti);
- c) argomenti da trattare (per i sinistri indicando nominativo assistito e numero sinistro);
- d) indicazione del medico legale;
- e) ogni ulteriore informazione ritenuta utile.

L'altra parte deve rispondere entro 7 gg dal ricevimento della proposta di convocazione indicando:

- f) accettazione della data, ovvero di una delle date proposte, in caso di impossibilità la parte ricevente può proporre una o più date alternativa;
- g) indicazione dei due rappresentanti;
- h) indicazione del medico legale.

Nel caso in cui sia l'iscritto/assicurato a richiedere la convocazione della Commissione Paritetica, questi ne farà richiesta ad EMAPI e sarà poi l'Ente a procedere alla convocazione secondo le procedure descritte sopra.

Preso atto degli elementi sopra indicati, il Presidente di Emapi procede con la comunicazione formale di convocazione entro 7 giorni.

4) Luogo: la Commissione Paritetica è riunita a Roma, presso la Sede EMAPI.

5) Consulenza medica: per tutti gli argomenti che riguardino aspetti medici sia relativi a sinistri sia inerenti le condizioni contrattuali, la Commissione Paritetica si avvale della collaborazione di una specifica consulenza.

I due medici nominati, uno da EMAPI ed uno dalla Compagnia di Assicurazione, esaminano in modo collegiale le questioni di volta in volta prospettate che saranno poi oggetto dell'esame della Commissione Paritetica (ad esempio il sinistro ovvero la clausola contrattuale), esprimendo un proprio giudizio sulla fattispecie in questione, anche alla luce delle condizioni della Convenzione EMAPI.

Le modalità di riunione e funzionamento delle riunioni collegiali sono libere e concordate da parte dei medici fiduciari, fermo restando che per ogni singolo caso i medici provvederanno all'elaborazione di un parere scritto – auspicabilmente congiunto - che dovrà essere trasmesso alle parti (EMAPI e Compagnia) con almeno 10 gg di anticipo rispetto alla data concordata per la riunione della Commissione Paritetica.

6) Analisi di merito: la Commissione Paritetica, correttamente insediata, analizza tutte le questioni all'ordine del giorno alla luce della documentazione in possesso delle parti e delle condizioni contrattuali.

Partecipano alle riunioni della Commissione Paritetica, al fine di coadiuvarne le attività ed esporre i casi specifici, il Presidente EMAPI ed i consulenti/broker dell'Ente.

Per i casi aventi ad oggetto aspetti di natura medica, la Commissione Paritetica acquisisce il parere della Consulenza Medica e lo analizza e discute ai fini delle proprie determinazioni.

La Commissione Paritetica, in qualità di organo che si riunisce eccezionalmente per affrontare problematiche di difficile risoluzione, ha titolo ad assumere decisioni che di volta in volta possano fornire una corretta interpretazione del dettato contrattuale.

Analizzati i casi, la Commissione Paritetica esprime il proprio giudizio/parere improntato al criterio del maggior favore nei confronti di EMAPI e dell'iscritto/assicurato; le decisioni della Commissione sono prese a maggioranza (dei quattro rappresentanti).

Per ogni singolo caso analizzato viene redatto specifico verbale messo agli atti e conservato, per ogni buon uso, dalle parti.