

POLIZZA SANITARIA CONVENZIONE ENPAM Nr. 10004762 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Art.1 –

Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:** Fondazione E. N. P.A.M. per conto di chi spetta, e a favore degli Assicurati.
- **Società:** Unisalute s.p.a. Compagnia di Assicurazioni
- **Assicurato:** Colui il quale abbia aderito (e abbia versato il premio annuale di polizza) alla presente Assicurazione e abbia delegato l'E.N.P.A.M. ad accettare, nel proprio interesse con effetto vincolante, modifiche di carattere generale alla Polizza-Convenzione, a valere all'annualità successiva. L'Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti:
 - 1) il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato);
 - 2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
 - 3) i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e dell'Organismo di Vigilanza e della F.N.O.M.C eO.;
 - 4) il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOSI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
 - 5) L'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti indicati al punto 1), 2),3) 4) che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, e per i quali sia stato versato il relativo premio annuale di polizza, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. Quali componenti il nucleo familiare si intendono: il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi fiscalmente a carico.

In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:

- a) i componenti del nucleo familiare del medico e/o pediatra di base che abbia la residenza nel luogo di prestazione del servizio, come richiesto dalle vigenti normative;
- b) i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico;

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dai singoli aderenti alla polizza alla Società per il tramite della Contraente.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite quali, ad esempio, perdita di arti, segmenti di arti, ecc.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento

Day-hospital chirurgico

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con intervento chirurgico e di day-hospital chirurgico o di ricovero per Grave Evento Morboso corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day-hospital" stessi.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato

SEZIONE II - PRESTAZIONI

Art.2 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che hanno luogo durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico compreso parto cesareo;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico reso necessario da grave evento morboso;
- indennità giornaliera in caso di ricovero senza intervento chirurgico non reso necessario da Grave Evento Morboso;

- day-hospital chirurgico;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche ospedaliere e ambulatoriali;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società**
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**
- c) Servizio Sanitario Nazionale**

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Art.3) - RICOVERO

3.1) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'incidento che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento escluse le endoprotesi.

c) Endoprotesi

Sono comprese nella garanzia le endoprotesi applicate durante l'intervento.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate e/o personale non convenzionato, viene previsto per il costo dell'endoprotesi un sottolimito di € 4.500,00, fermo restando quanto previsto al punto 3.1.7 "Interventi specifici a seguito di malattia e di infortunio" Il capoverso.

d) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero

e) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

f) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. In caso di ricovero in struttura sanitaria convenzionata e con personale medico convenzionato, viene effettuato il pagamento diretto alla struttura della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore ospitato nell'Istituto di cura convenzionato; qualora, per mancanza di disponibilità di accoglienza nella struttura convenzionata, venga utilizzata una struttura alberghiera, il costo sostenuto per il vitto e il pernottamento nella struttura alberghiera verrà anticipato dall'Assicurato e successivamente rimborsato dalla Società.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura

alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Le spese per le prestazioni infermieristiche, le cure termali e i medicinali vengono previste esclusivamente in forma rimborsuale.

3.1.1) Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.550,00 per ricovero.

3.1.2) Day-hospital chirurgico a seguito di malattia e di infortunio

Nel caso di day-hospital chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.3) Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Endoprotesi", d) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.4) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" e 3.1.1) "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.1.5) Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata sia in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", d) "Assistenza medica, medicinali, cure", e) "Retta di degenza", f) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per ogni assicurata, sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.1.6) Interventi per correzione dei vizi di rifrazione

Nel caso di interventi per correzione dei vizi di rifrazione effettuati sia in struttura sanitaria convenzionata sia in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio" lett.a)"Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", d) "Assistenza medica, medicinali, cure", e) "Retta di degenza", f) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di €4.000,00 per anno assicurativo e per ogni persona assicurata, sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

La garanzia è operante secondo i parametri indicati al punto 2 dell'articolo 7 "Esclusioni dall'assicurazione"

3.1.7) Interventi specifici a seguito di malattia e infortunio (operanti esclusivamente in strutture sanitarie non convenzionate o con equipe mediche non convenzionate)

Se indennizzabili a termini di polizza, per i seguenti interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero o di day hospital o come intervento chirurgico ambulatoriale:

INTERVENTO CHIRURGICO	MASSIMALE PER OGNI INTERVENTO
Isteroscopia operativa	€. 2.500,00
Rinosettoplastica	€. 2.500,00
Cataratta	€. 2.500,00
Rimozione mezzi di sintesi	€. 2.500,00
Interventi a carico dell'ano	€. 3.500,00
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€. 3.500,00
Interventi sul piede	€. 3.500,00
Interventi chirurgici a carico di spalla e ginocchio, non per protesi	€. 4.500,00
Asportazione cisti ovariche	€. 4.500,00
Miomectomia	€. 4.500,00
Colecistectomia	€. 4.500,00
Cistectomia	€. 4.500,00
Riduzione e sintesi fratture singole o multiple	€. 4.500,00
Interventi per asportazione di tumori benigni e maligni della mammella comprensivo di protesi	€. 6.000,00
Isterectomia	€. 6.000,00
Ernia del disco *	€. 6.000,00
Tiroidectomia	€. 6.000,00
Interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio) *	€. 6.000,00
Interventi sulla prostata	€. 6.000,00
Interventi su fegato, pancreas, esofago, stomaco, colon, intestino e retto per via laparoscopica o laparotomica, eccetto interventi di appendicectomia	€. 8.000,00
Interventi chirurgici sul cuore con applicazione di stent	€. 8.000,00
Interventi per via craniotomica	€. 8.000,00
Interventi sull'apparato respiratorio per via toracotomica	€. 8.000,00
Nefrectomia	€. 8.000,00
Ogni altro intervento chirurgico sul cuore	€ 10.000,00
Interventi chirurgici sul cuore con sostituzione valvolare	€ 13.000,00

la Società, relativamente alle prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio", provvede al rimborso delle spese sostenute nell'ambito del massimale indicato per ogni singolo intervento.

Relativamente al costo delle endoprotesi eventualmente applicate durante l'intervento, si precisa che esso si intende incluso nel relativo plafond, ad eccezione delle voci "ernia del

disco”* e “interventi per protesi (anca,spalla,ginocchio)”*, per le quali viene previsto un massimale aggiuntivo di €4.500,00 al plafond indicato per l’ intervento.

Qualora l’Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società e a medici con essa convenzionati, i massimali sopra indicati si intendono non operanti.

3.1.8) Indennità sostitutiva

Se l’Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 200,00 per i primi 10 giorni (pernottamenti) e di € 100,00 dall’ 11° al 30° giorno per un massimo di 30 giorni (pernottamenti) per ricovero.

Nel caso di day-hospital chirurgico l’indennità verrà corrisposta nella misura del 50%.

3.1.9) MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1.1) “Trasporto sanitario”;

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 3.1.5) “Parto cesareo”;

punto 3.1.6) “Interventi di correzione dei vizi di rifrazione”.

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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 con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”:

– lett. f) “Accompagnatore”;

punto 3.1.1 “Trasporto sanitario”;

punto 3.1.7 “Interventi specifici a seguito di malattia e infortunio”

che vengono rimborsate all’Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Per le garanzie di cui ai punti:

3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia o di infortunio”

lett c) “Endoprotesi”;

3.1.5 “Parto cesareo”;

3.1.6 “ Interventi di correzione dei vizi di rifrazione”

operano i sottolimiti indicati ai relativi articoli fermo lo scoperto e il minimo non indennizzabile indicato al primo capoverso della presente lett. b).

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.8 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett.

a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.2) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI GRAVE EVENTO MORBOSO (come da elenco di cui all'Allegato A)

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale

b) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

c) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

d) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

In caso di ricovero in struttura sanitaria convenzionata e con personale medico convenzionato, viene effettuato il pagamento diretto alla struttura della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore ospitato nell'Istituto di cura convenzionato; qualora, per mancanza di disponibilità di accoglienza nella struttura convenzionata, venga utilizzata una struttura alberghiera, il costo sostenuto per la struttura alberghiera verrà anticipato dall'Assicurato e successivamente rimborsato dalla Società.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

e) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto.

Le spese per le prestazioni infermieristiche, le cure termali e i medicinali vengono previste esclusivamente in forma rimborsuale.

3.2.1) Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €1.550,00 per ricovero.

3.2.2) Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €100,00 per ogni giorno di ricovero con pernottamento per una durata massima di 30 giorni per ricovero.

3.2.3) MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle di cui al punto 3.2.1 "Trasporto sanitario" che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti al punto medesimo.

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 con uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ad eccezione di quelle di cui ai seguenti:

punto 3.2. "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico a seguito di grave evento morboso":

lett. d) "Accompagnatore";

punto 3.2.1 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.2.2 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett.

a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

Art 3.3) MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie di cui agli artt. 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico a seguito di malattia e di infortunio" e 3.2 "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico a seguito di Grave Evento Morboso" corrisponde a €400.000,00 per nucleo familiare.

3.4) INDENNITA' DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO NON A SEGUITO DI GRAVE EVENTO MORBOSO

Nel caso di ricovero senza intervento chirurgico non conseguente a Grave Evento Morboso come da elenco di cui all'Allegato A, la Società corrisponde un'indennità di €65 per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero.

Art.4) PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di €2.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di €50,00 per fattura.

Art.5) CURE ONCOLOGICHE OSPEDALIERE E AMBULATORIALI

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti effettuato in regime ospedaliero o ambulatoriale con massimale autonomo

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% e un minimo non indennizzabile di €1.000,00

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 8.500,00 per persona assicurata.

Art.6) SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-016633** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

SEZIONE III - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 7

Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

1. le spese relative a ricoveri / interventi / prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza-convenzione.
Per gli aderenti già assicurati precedentemente dalla Convenzione ENPAM, ancorchè prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, si intendono esclusi i ricoveri /gli interventi / le prestazioni che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di prima adesione da parte di ciascun assicurato alla Convenzione ENPAM, ancorchè prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.
Relativamente agli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, si intendono compresi in garanzia quelli sostitutivi di protesi che siano state impiantate successivamente alla data di prima adesione dell'iscritto alla Convenzione senza soluzione di continuità o alla data di successiva adesione in caso di interruzione.
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni diagnosticati e/o conosciuti precedentemente alla data di prima adesione alla Convenzione ENPAM, ancorchè prestata da altra compagnia di assicurazione e preesistente alla presente polizza, senza alcuna soluzione di continuità o precedentemente alla data di successiva adesione qualora vi sia stata interruzione. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, le cure dentarie e paradentarie, ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo rese necessarie da infortunio;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto) fatte salve quelle relative ai neonati fino al terzo anno di età;
6. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
7. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

8. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 8)

Persone non assicurabili

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, aids e alcolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 9)

Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 10)

Durata contrattuale

Il presente contratto ha durata annuale; decorre dalle ore 24 del 31.05.2009 e scade alle ore 24 del 31.05.2010 con tacito rinnovo.

SEZIONE IV - ADEMPIMENTI

Art. 11)

Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, telex o telefax.

Art.12)

Pagamento del premio complessivo e cumulativo da parte della Contraente

Decorrenza dell'assicurazione.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio complessivo della prima annualità è stato pagato entro 90 giorni dalla decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio complessivo relativo all'annualità successiva, il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 90 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del termine stesso. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Il premio annuo complessivo, relativo alle quote di adesione di polizza ricevute, sarà versato dall'E.N.P.A.M. alla Società (per il tramite).

SEZIONE V - LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Art. 13

Denuncia del sinistro

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-016633** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi **artt. 14** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" ,

15 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o **16** "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate agli **artt. 15** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e **3.1.9 e 3.2.3** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

Art. 14

Sinistri in strutture convenzionate con la Società

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.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste agli **artt. 15** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o **16** "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Art. 15

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento in cui ne abbia la possibilità ed entro due anni a pena di decadenza, inviando il Modulo di denuncia sinistri a:

UNISALUTE spa – Servizio Sinistri polizza Enpam - Via del Gomito, 1 40127 BOLOGNA

. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione :

- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

(*) Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / day-hospital chirurgico/ intervento chirurgico ambulatoriale, ad essi connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra entro 40 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica completa. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui agli **artt. 3.1.9 e 3.2.3** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 16

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti **artt.14** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **15** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

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

Art. 17

Gestione documentazione di spesa

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito alla stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **riepilogo trimestrale** delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 18) Controversie – Arbitrato.

18 a) E' costituita una Commissione paritetica, espressa dalle parti, per la gestione delle controversie in relazione :

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;
- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà poi comunicato dalla Società all'Assicurato.

La Commissione avrà anche il compito di :

- verificare la congruità e l'onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati ;
- monitorare l'utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell'andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l'annualità successiva alla scadenza del contratto, di cui all'art. 20).

18 b) Arbitrato.

Qualora l'Assicurato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione Paritetica per i casi di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, ha facoltà di chiedere un arbitrato. In tal caso l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il Collegio medico risiede nel comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

18 c) Si prende atto tra le parti che la Fondazione ENPAM rimane comunque estranea ad ogni eventuale controversia tra la Società e l'Assicurato, derivante dall'applicazione della presente polizza.

Art. 19) Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 18 è competente esclusivamente il Foro di Roma.

SEZIONE VI - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 20) Recesso dal contratto e Rinnovazione del contratto .

Art. 20.1) Relativo alle parti contraenti (Società e Contraente come definito all'art. 1)

Alla scadenza prevista nel contratto, ciascuna delle Parti ha facoltà di recedere dalla Polizza- Convenzione mediante lettera raccomandata con preavviso di sessanta giorni.

In mancanza di tale disdetta, la Polizza-Convenzione si intende rinnovata per una ulteriore annualità e così successivamente ad ogni scadenza annuale.

Art. 20.2) Relativo al singolo aderente alla polizza /convenzione -

In deroga all'art. 1901 del C.C. le Parti (Società, Contraente, Assicurato) si danno reciprocamente atto che qualora alla scadenza di ogni annualità assicurativa, e rinnovatosi tacitamente il contratto, non sia corrisposto il premio relativo alla successiva annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 30 giorni, sarà risolta di diritto con riferimento al singolo aderente stesso.

Art. 21) Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato per le parti di sua competenza.

Art. 22) Premi annui

Il premio per ogni iscritto che intenda aderire è così stabilito:

- **€270** annui comprensivi delle imposte in vigore, se l'aderente avente diritto (come descritto ai punti 1-2-3-4- dell'art.1) assicura soltanto se stesso ;
- per l'intero nucleo familiare come da definizione (compreso l'aderente avente diritto come descritto ai punti 1- 2- 3- 4- dell'art.1) se sia stato pagato il premio annuo di :
 - **€615** per nucleo familiare composto da un solo familiare, oltre l'avente diritto ;
 - **€815** per nucleo familiare composto da due familiari, oltre l'avente diritto;
 - **€920** per nucleo familiare composto da tre familiari, oltre l'avente diritto;
 - **€990** per nucleo familiare composto da quattro o più familiari, oltre l'avente diritto.

Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Firma Compagnia

.....

Firma Contraente

.....

Agli effetti dell'articolo 1341 II comma C.C. la contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 18a (Istituzione della Commissione Paritetica. Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale.)

Art. 19 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)

Art. 20.1 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Tacito rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

Art. 20.2 (Risoluzione dell'assicurazione del singolo aderente che non abbia corrisposto il premio di rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza annuale)

Firma Contraente

.....

ALLEGATO "A" - Elenco dei Gravi Eventi Morbosi

Si considerano " Grave Evento morboso " le seguenti patologie:

- a. **Infarto miocardico acuto**
- b. **Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**

I. dispnea

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

c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure

d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- I. ulcere torbide
- II. decubiti
- III. neuropatie
- IV. vasculopatie periferiche
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

e. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato

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

g. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare

h. Sclerosi multipla

i. Sclerosi laterale amiotrofica

l. Morbo di Parkinson