

## **SECONDA SEZIONE**

### **POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE** **PIANO INTEGRATIVO**

## POLIZZA INTEGRATIVA

### SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

#### 37. DEFINIZIONI

Ai fini della polizza integrativa valgono le definizioni sub art. 1 del presente Capitolato.

#### 38. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è prestata a favore degli Associati (iscritti/pensionati/cancellati), dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav, nonché titolari di pensione indiretta e titolari di pensione di reversibilità, i quali hanno facoltà di aderire al piano sanitario integrativo con costo a proprio carico. Qualora sia stata effettuata l'estensione al nucleo familiare della garanzia base prevista dal piano base collettivo, la copertura potrà essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli, conviventi o non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento. Nel caso di inserimento del nucleo familiare, dovranno essere incluse tutte le persone cui è stata estesa la copertura della garanzia base del piano collettivo.

#### 39. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente copertura assicurativa opererà in caso di malattie e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e comunque per eventi e per tutte le prestazioni in genere non già coperti dal Piano Base e, ferme restando le disposizioni di cui ai successivi articoli 60 e 62, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico reso necessario anche da parto e aborto;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prevenzione;
- rimborso protesi;
- spese rimpatrio salma;
- servizi di consulenza;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

L'adesione alla polizza integrativa sarà necessariamente di tipo individuale e pertanto la contraenza ed i relativi oneri economici saranno riferiti al singolo Assicurato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato potrà 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 attuazione delle opzioni sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

#### 40. RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio viene sempre richiesta la prestazione di certificato di pronto soccorso.

##### 40.1 Ricovero in Istituto di Cura

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

##### a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

##### b) Intervento chirurgico

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

##### c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

#### **d) Rette di degenza**

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

#### **e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità ospedaliera. L'indisponibilità all'accoglienza nella struttura deve essere attestata dalla struttura medesima.

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

#### **f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale 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, 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 120 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.

#### **40.2 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, anche all'estero, ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.

#### **40.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 40.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 40.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

#### **40.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 40.1 "Ricovero in Istituto di cura", lettera a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero" e 40.2 "Trasporto sanitario", con il relativo limite in essi indicati.

#### **40.5 Parto e aborto**

##### **a) Parto cesareo**

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata, che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 40.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero", e 40.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 40.2 "Trasporto sanitario".

##### **b) Parto non cesareo e aborto terapeutico**

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 40.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero", vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto, nei limiti previsti al punto 40.1 "Ricovero in Istituto di cura" lettera g) "Post ricovero", e 40.2 "Trasporto sanitario", con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 40.2 "Trasporto sanitario".

#### **40.6 Indennità sostitutiva**

L'Assicurato, qualora non richieda 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 per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

#### **40.7 Massimale assicurato**

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 200.000,00 per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

#### **41. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate 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 avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

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

La liquidazione per il complesso delle prestazioni suindicate rientra nell'ambito del massimale annuo assicurato previsto nel Piano Base al punto 16 ter "Visite Specialistiche".

#### **42. PREVENZIONE**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in Strutture sanitarie convenzionate, e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, una volta l'anno. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

##### **Prestazioni previste per gli uomini**

- PSA
- ECG

##### **Prestazioni previste per le donne**

- pap-test
- mammografia

#### **43. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE**

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 10% e con un minimo non indennizzabile di € 25,00 per fattura.

#### **44. SPESE RIMPATRIO SALMA**

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato successivamente a ricovero conseguente a eventi assicurati, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite di € 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

#### **45. SERVIZI DI CONSULENZA**

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla **Centrale Operativa** della Società telefonando al **numero verde** dedicato indicato in polizza attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

**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 etc.);
- 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 presente piano assicurativo, nella forma di assistenza diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la Società.

**c) Pareri medici**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

## **46. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

### **46.1 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 alcun limite all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

- a) punto 40.1 "*Ricovero in Istituto di cura*":
  - lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*";
- b) punto 40.2 "*Trasporto sanitario*";
- c) punto 40.5 "*Parto e aborto*",

che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

### **46.2 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 l'applicazione di uno scoperto del 10% e con il minimo non indennizzabile di € 500,00 ed il massimo non indennizzabile di € 1.750,00, ad eccezione delle seguenti:

- a) punto 40.1 "*Ricovero in Istituto di cura*":
  - lett. d) "*Rette di degenza*";
  - lett. e) "*Accompagnatore*";
  - lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*";
- b) punto 40.2 "*Trasporto sanitario*";
- c) punto 40.5 "*Parto e aborto*",

che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

### **46.3 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 40.6 "*Indennità Sostitutiva*".

Qualora l'Assicurato sostenga 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".

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'art. 46.1 "*Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società*" o all'articolo 46.2 "*Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

## **47. INCLUSIONI / ESCLUSIONI**

### **47.1 Inclusioni/esclusioni per associati/dipendenti/rappresentanti ministeriali alla data di decorrenza della copertura**

Gli associati/dipendenti/rappresentanti ministeriali Enpav alla data di decorrenza della copertura potranno aderire al piano Integrativo solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante compilazione ed invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio entro 30 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

Qualora l'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale abbia esteso la copertura prestata dal piano Base al nucleo familiare, potrà optare per una delle due seguenti soluzioni relativamente al piano Integrativo:

a) assicurare solamente se stesso;

b) assicurare anche il nucleo familiare come incluso nel piano base.

I familiari come indicati nelle "Definizioni" debbono essere inseriti contestualmente al titolare. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale.

In caso di decesso dell'iscritto, del pensionato, del cancellato, del dipendente e del rappresentante ministeriale Enpav gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale.

#### **47.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia**

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia a condizione che questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, a condizione che sia stato pagato il relativo premio.

Il premio da corrispondere sarà pari al 100% del premio annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

#### **47.3 Inclusioni/esclusioni relative ai neo-iscritti/nuove assunzioni/nuove nomine di rappresentanti ministeriali**

Per poter aderire al piano sanitario integrativo il neo-iscritto/assunto/rappresentante ministeriale Enpav dovrà inviare l'allegato "Modulo di adesione al piano integrativo", debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto, alla Società. In tal caso l'adesione deve avvenire entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.

La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione/assunzione/nomina viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre nella forma di assistenza diretta decorrerà dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione.

L'Assicurazione cesserà trascorsi due anni dalla data di decorrenza della polizza stessa.

Il premio da corrispondere sarà pari al 100% del premio annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

I figli ed il coniuge o convivente "more uxorio" dei neo-iscritti/dipendenti Enpav, possono essere inseriti contestualmente al titolare sempre che per il nucleo familiare sia stata acquistata anche la Garanzia Base.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato nel precedente punto 47.2.

Anche per questi familiari la copertura avrà effetto dalle ore 24 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre nella forma di assistenza diretta decorrerà dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione; l'Assicurazione cesserà trascorso un anno dalla data di decorrenza della polizza stessa.

#### **47.4 Inclusioni/esclusioni relative ai pensionati/cancellati Enpav e all'eventuale nucleo familiare**

I pensionati, inclusi i titolari di pensione indiretta e di reversibilità ed i cancellati Enpav, potranno aderire al Piano Sanitario Integrativo, analogamente a quanto disposto per il Piano Base, entro trenta giorni dalla data di decorrenza della polizza, con le modalità indicate ai successivi articoli.

Nel caso di decesso del pensionato o del cancellato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

#### **48. ENTITA' DEI PREMI E MODALITA' DI PAGAMENTO**

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- € 619,00 (euro seicentodicianove/00) → polizza assicurativa integrativa per iscritti, dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav;
- € 742,00 (euro settecentoquarantadue/00) → polizza assicurativa integrativa per pensionati e cancellati Enpav;
- € 506,00 (euro cinquecentosei/00) → estensione della polizza assicurativa integrativa a coniuge o convivente more uxorio;
- € 349,00 (euro trecentoquarantanove/00) → estensione della polizza integrativa a ciascun figlio.

Nel caso di inserimento dei figli, debbono essere inclusi tutti quelli fiscalmente a carico.

#### **49. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura per l'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale ed eventualmente per il nucleo familiare incluso avrà effetto, in forma rimborsuale, dalle ore 24.00 del giorno nel quale ha inizio la polizza.

Le prestazioni in forma diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con la società verranno erogate dal 40° giorno di decorrenza della polizza.

#### **50. MODALITÀ DI GESTIONE DELLE ADESIONI**

Sarà cura della Società inviare, nei tempi e nei modi concordati con l'Ente, i moduli inerenti l'adesione al Piano Integrativo e l'estensione della copertura al nucleo familiare, agli iscritti, ai pensionati, anche indiretti e di reversibilità, ai cancellati, ai dipendenti e ai rappresentanti Ministeriali Enpav.

## **SEZIONE II- CONDIZIONI GENERALI**

### **51. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati. In caso contrario la polizza decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalla ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

La polizza avrà durata di anni uno eventualmente rinnovabili, ad insindacabile facoltà della stazione appaltante, con lo stesso operatore per ulteriori anni 1.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

### **52. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

### **53. ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

### **54. FORO COMPETENTE**

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

### **55. TERMINI DI PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento.

### **56. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

### **57. ALTRE ASSICURAZIONI**

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

### **58. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

### **58bis. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA**

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

### SEZIONE III- LIMITAZIONI

#### 59. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

#### 60. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 150° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 150° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

#### 61. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- 1 le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- 2 la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3 le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 4 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);
- 5 i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 6 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 necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 7 gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo;
- 8 il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 9 gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alla relative prove di allenamento;
- 10 gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 11 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;
- 12 le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

#### 62. PATOLOGIE PARTICOLARI

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all'atto di sottoscrizione della polizza:

- miopia
- cataratta

varici  
emorroidi  
ricostruzione capsulo – legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati, ecc.)  
meniscectomia  
calcolosi renale ed epatica  
diabete  
insufficienza renale  
malattie a carico della tiroide  
ipertrofia prostatica  
ernie: tutti i tipi.

Per essi verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 250,00 per ogni ricovero con intervento chirurgico relativo alle patologie sopra indicate; qualora il ricovero avvenga in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto 40.6 “*Indennità sostitutiva*” per un massimo di 3 giorni.
- Oltre tale termine temporale, i ricoveri con intervento chirurgico conseguenti alle patologie sopra indicate rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta, sia nella forma rimborsuale.

### **63. LIMITI DI ETÀ**

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti/dipendenti/rappresentanti ministeriali.

Per i pensionati è previsto un limite di età di 85 anni.

Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di 85 anni.

Per i familiari è previsto un limite di età di 85 anni per il coniuge o convivente “more uxorio” e di 30 anni per i figli.

**Per i familiari assicurati la copertura cessa automaticamente alla scadenza annuale di polizza successiva al compimento delle età sopra indicate.**

## SEZIONE IV-NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

### 64. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa sono a 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 punti 64.1 "*Sinistri in Strutture convenzionate con la Società*", 64.2 "*Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società*" e 64.3 "*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 all'art. 64.2 "*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*" e all'art. 46.2 "*Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

#### 64.1 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 la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura 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 effettuato in una Struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità indicate all'art. 64.2 "*Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società*" e all'art. 46.2 "*Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

#### 64.2 Sinistri in strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 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/intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società 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. 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 all'art. 46.2 *“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.

#### **64.3 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 al precedente art. 64.1 *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”* o art. 64.2 *“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.

#### **64.4 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 allo 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.

#### **65. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

Eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

#### **66. CRITERI DI LIQUIDAZIONE**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di

documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

**67. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI PRIVACY**

Le parti convengono che i dati relativi agli iscritti, ai pensionati, ai cancellati, ai dipendenti e ai rappresentanti ministeriali Enpav forniti dall'Ente medesimo alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.