

PRIMA SEZIONE

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE
PIANO BASE

CAPITOLATO D'ONERI
PREMESSA

L'Enpav, ente associativo senza scopo di lucro e non commerciale e con la personalità giuridica di diritto privato, intende stipulare una polizza assicurativa sanitaria per i propri iscritti, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali.

A tal fine, ha indetto una gara comunitaria a procedura aperta, finalizzata a selezionare una società assicurativa per la prestazione di servizi assicurativi. Nel dettaglio, l'impresa o le imprese aggiudicatarie dovranno impegnarsi a prestare nei confronti degli iscritti, dei pensionati, dei cancellati, dei dipendenti e dei rappresentanti ministeriali Enpav le prestazioni assicurative previste dal presente Capitolato d'oneri (Polizza Base e Polizza Integrativa) mediante accettazione integrale delle condizioni di seguito descritte.

A pena di esclusione, non sono ammesse offerte difformi/migliorative.

Le disposizioni riportate di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa su eventuali moduli della società assicuratrice allegati alla polizza, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto. La firma apposta dall'Assicurato/Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'eventuale Coassicurazione.

POLIZZA BASE

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato valgono le seguenti definizioni:

Accertamento diagnostico

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

Accompagnatore

La persona che assiste l'Assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, che si intende riservata a: iscritti, cancellati, pensionati, dipendenti e rappresentanti ministeriali dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari e loro familiari.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato

Il soggetto iscritto o pensionato dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Veterinari o cancellato dall'Ente, secondo le definizioni di seguito specificate.

Cancellato Enpav

Veterinario iscritto all'albo professionale, ma cancellato dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Difetto fisico

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

Dipendente

Il soggetto che svolge attività lavorativa alle dipendenze dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari.

Ente

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari – Enpav.

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.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.

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.

Interventi chirurgici

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

Invalità permanente

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'Assicurato.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati 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, della case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Iscritto

Veterinario iscritto all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, che versa contributi al medesimo Ente e non percepisce pensione dallo stesso.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun assicurato o per l'intero nucleo, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

Nucleo familiare

Il coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico o nei cui confronti vi sia l'obbligo del mantenimento.

Pensionato

Colui che percepisce trattamento pensionistico dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, ma ha cessato la sua qualifica di iscritto come identificata in precedenza. Si considerano pensionati anche i titolari di pensione indiretta o di reversibilità.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Rappresentanti ministeriali

Componenti non veterinari del Collegio Sindacale dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Titolare di pensione indiretta

Il superstite dell'iscritto deceduto prima di aver maturato il diritto a pensione.

Titolare di pensione di reversibilità

Il superstite del pensionato deceduto.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

2. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è operante per gli iscritti all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari.

E' data facoltà all'iscritto all'Ente di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare, così come identificato nelle "Definizioni", con costo a proprio carico.

E' altresì facoltà del pensionato, del titolare di pensione indiretta o di reversibilità, del cancellato, del dipendente e del rappresentante ministeriale Enpav, unitamente anche al relativo nucleo familiare, di aderire al Piano Sanitario Base con costi a proprio carico.

Gli iscritti che passino in quiescenza o che si cancellino dall'Ente nel corso della vigenza del contratto verranno mantenuti in copertura sino alla scadenza. Potranno successivamente confermare la garanzia assicurativa con premio a proprio carico a condizione che ciò avvenga senza soluzione di continuità rispetto alla cessazione per quiescenza o alla cancellazione dall'Ente.

In caso di decesso dell'iscritto o del pensionato/cancellato/dipendente/rappresentante ministeriale, gli eventuali familiari assicurati saranno tenuti in garanzia fino alla scadenza del contratto.

3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante in caso di malattia ed in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, fermo restando quanto specificato al successivo articolo 23 "*Modalità operative del piano relativamente alle situazioni patologiche e agli infortuni preesistenti*", per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici di cui all'allegato elenco A
- Ricovero per Gravi Eventi Morbosi di cui all'allegato elenco B
- Ricovero per "grave malattia od infortunio" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Grave Malattia od Infortunio che provochi all'Iscritto, per almeno 4 mesi, l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Malattie oncologiche
- Indennità di ricovero per intervento chirurgico diverso dal grande intervento
- Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in caso di grandi interventi e grandi eventi morbosi
- Prestazioni di alta specializzazione
- Prevenzione odontoiatrica
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Cure dentarie da infortunio
- Garanzia in caso di diagnosi per Brucellosi - patologia riconosciuta dall'Inail – (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione (elenco specifico di patologie indicato in garanzia), operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo
- Diagnosi comparativa
- Servizi di consulenza
- Garanzia per il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per l'assicurato che si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Spese per rimpatrio salma
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- Visite specialistiche
- Prestazioni diagnostiche particolari

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato potrà rivolgersi, con le modalità riportate nella Sezione IV "*Norme che disciplinano il sinistro*", a:

1 Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

2 Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

3 Servizio Sanitario Nazionale

4. RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI DI CUI ALL'ALLEGATO ELENCO A

4.1 Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di Grandi Interventi (per gli interventi contenuti nell'elenco "A"), la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

a. Pre-ricovero: Esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.

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 ivi comprese le endoprotesi.

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

d. Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.

e. Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio 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 gg. per ricovero.

g. Post-ricovero: Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed 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.

h. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni: in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di € 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

4.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate 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 ritorno alla propria abitazione, con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

4.3 Trapianti

In caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 4.1 "Ricovero in istituto di cura" e 4.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie, nonché quelle 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 persona vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

4.4 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto all'indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a gg. 90 per persona e per anno assicurativo.

4.5 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di grande intervento

La Società, per un periodo di 140 gg. successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termine di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato

secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

4.6 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 400.000,00 per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

5. GRAVI EVENTI MORBOSI DI CUI ALL'ALLEGATO ELENCO B

La garanzia è operante in assenza di intervento chirurgico.

5.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di Grave Evento Morboso

In caso di ricovero in Istituto di cura a causa di Gravi Eventi Morbosi (per gli eventi contenuti nell'elenco "B"), 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. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.

b. Assistenza medica, medicinali, cure: Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

c. Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio, in Istituto di cura non convenzionato con la Società le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.

d. Accompagnatore: Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

e. Assistenza infermieristica privata individuale: Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 45 gg. per ricovero.

f. Post-ricovero: Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed 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.

g. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni: in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di € 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

5.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate 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 ritorno alla propria abitazione, con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

5.3 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto all'indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a gg. 90 per persona e per anno assicurativo.

5.4 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di Grave Evento Morboso

La Società, per un periodo di 140 gg. successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termine di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato

secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

5.5 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 400.000,00 per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

6. Ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi (garanzie operanti esclusivamente per gli iscritti all'Ente professionalmente attivi)

6.1 Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'iscritto

Il parametro economico sulla base del quale valutare l'operatività delle garanzie sopraindicate corrisponde ai seguenti importi:

l'iscritto deve presentare nell'anno in cui si è verificato l'evento un reddito lordo annuo non superiore a € 20.000,00 aumentato di € 3.000,00 per ogni familiare totalmente a carico.

Qualora il carico fiscale attribuito corrisponda al 50%, il conteggio verrà effettuato sulla base dell'effettivo carico fiscale dichiarato ed attribuito all'assicurato; pertanto l'importo verrà aumentato di € 1.500,00 per ogni familiare a carico al 50%.

6.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste possono essere erogate a condizione che:

- nei confronti dell'iscritto non sia stato assunto il provvedimento di sospensione dell'attività professionale;
- l'iscritto sia in regola col versamento dei contributi dovuti per la gestione invalidità vecchiaia e superstiti dell'Ente;
- in caso di decesso dell'iscritto, alla data della morte, sussistano tutti i requisiti suddetti.

L'onere della prova che esistano i requisiti richiesti è a carico dell'iscritto che inoltra domanda di prestazione.

6.3 Termini di decadenza

La richiesta di rimborso deve essere spedita alla Società entro 180 gg., salvo comprovati impedimenti, dalla data dell'evento che ha determinato la condizione di particolare bisogno, e deve contenere una descrizione particolareggiata delle circostanze o delle situazioni di notevole gravità; ad essa dovranno essere allegate prove circostanziate relative allo stato di particolare bisogno.

La Società contatterà quindi l'Ente con cui verificherà l'esistenza delle condizioni per l'erogazione delle prestazioni.

6.4 Massimali assicurati

I massimali assicurati per ogni iscritto corrispondono ai seguenti importi:

€ 20.000,00 per la garanzia "Ricovero per grave malattia o infortunio";

€ 10.000,00 per la garanzia "grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi".

7. MALATTIE ONCOLOGICHE

Nel caso di malattie oncologiche, la Società rimborsa le spese ospedaliere ed extraospedaliere sostenute per chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser. Sono inoltre comprese nella garanzia le visite mediche e gli accertamenti diagnostici conseguenti alla diagnosi di una malattia oncologica.

Qualora vengano utilizzate strutture sanitarie convenzionate, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale è da intendersi per nucleo.

8. INDENNITÀ DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO DIVERSO DAL GRANDE INTERVENTO

In caso di ricovero per intervento chirurgico diverso da Grande Intervento, la Società corrisponde un'indennità di € 50,00 al giorno per un massimo di gg. 90 per ricovero.

9. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

b) Accertamenti

- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Ecoendoscopia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Gastrosocopia diagnostica
- Colonsocopia diagnostica

c) Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 7.500,00 per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime ad eccezione di una franchigia di € 30,00 per accertamento diagnostico o per ciclo di terapia che viene versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui 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% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

10. DIAGNOSI COMPARATIVA / RICERCA MEDICO PIÙ COMPETENTE

Qualora l'Assicurato, cui sia stata diagnosticata una delle patologie sotto elencate, avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti all'autorevole verifica dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa della Società attraverso il numero verde messo a tal fine a disposizione.

In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

La Società dovrà mettere a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1 Consulenza Internazionale: la Società dovrà fornire un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi della documentazione dell'Assicurato e dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso ed un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

2 Trova il Miglior Medico: la Società dovrà fornire un servizio che metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. La ricerca degli specialisti sarà effettuata tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3 Trova la Miglior Cura: la Società dovrà fornire un servizio che curi tutte le formalità inerenti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e garantire un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti. Amministrativamente, la Società dovrà supervisionare il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

I. Morbo di Alzheimer

II. AIDS

III. Perdita della vista

IV. Cancro

V. Coma

VI. Malattie cardiovascolari

VII. Perdita dell'udito

VIII. Insufficienza renale

IX. Perdita della parola

- X. Trapianto di organo
- XI. Patologia neuro motoria
- XII. Sclerosi multipla
- XIII. Paralisi
- XIV. Morbo di Parkinson
- XV. Infarto
- XVI. Ictus
- XVII. Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà inviare alla Società la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico specializzato in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. La stessa Società provvederà ad inoltrare, con costi a proprio carico, la suddetta documentazione ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

11. GARANZIA ODONTOIATRICA

11.1 Prevenzione odontoiatrica

In deroga a quanto previsto dall'art. 32 *“Esclusioni dall'assicurazione”* al punto 3, la Società dovrà provvedere al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale per anno in Strutture Sanitarie convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi etc.

Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa.

11.2 Interventi chirurgici odontoiatrici

La Società dovrà rimborsare le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

Per l'attivazione della garanzia sarà 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 consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o mascella.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 7.500,00 per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

11.3 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto art. 32 “Esclusioni dall'assicurazione” al punto 3, la Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, dovrà liquidare all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale assicurato corrisponde a € 1.000,00 per anno assicurativo e per Assicurato; nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale sopraindicato diviene unico per l'intero nucleo familiare.

12. GARANZIA IN CASO DI BRUCELLOSI (garanzia operante per il solo veterinario)

La Società riconoscerà un indennizzo di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00) qualora, in un momento successivo alla data di effetto di tale garanzia, venga diagnosticata la brucellosi al veterinario iscritto.

Verrà riconosciuto un ulteriore indennizzo di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00) per ogni mese di inattività professionale derivante dalla malattia, fino ad un massimo di nove mesi.

L'indennità mensile matura il 16° giorno di inattività continuativa.

La brucellosi viene riconosciuta dall'I.N.A.I.L. quale malattia professionale del veterinario; pertanto la Società garantisce la corresponsione dell'indennità solamente al veterinario che contragga tale patologia durante l'esercizio della professione e sino al compimento del 65° anno di età.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante l'insorgenza della malattia corredato dalla copia della relativa documentazione medica richiesta, attenendosi alle modalità indicate all'art. 34.6 “*Norme relative alla liquidazione relativa alla “garanzia in caso di diagnosi per brucellosi”*”.

13. GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE (garanzia operante per il solo veterinario)

13.1 Definizione della garanzia

La Società dovrà garantire il caso in cui una delle sotto riportate patologie, contratta successivamente alla decorrenza della polizza e manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione della stessa, produca come conseguenza un'invalidità permanente.

Le patologie sono:

- Carbonchio
- Dermatofitosi
- Echinococcosi
- Leptosirosi
- Listeriosi
- Psittacosi
- Rickettsiosi
- Toxoplasmosi
- Tularemia

La Società dovrà corrispondere l'indennizzo per le conseguenze dirette cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente quindi dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla patologia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione della eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

Il capitale assicurato per questa garanzia dovrà essere pari ad € 40.000,00.

Per dare avvio alla procedura di indennizzo del sinistro, sarà necessario presentare alla Società specifica documentazione medica come indicato all'art. 34.7 “Norme relative alla liquidazione della Garanzia Invalidità Permanente”.

13.2 Determinazione dell'indennità

L'indennità viene calcolata in base alla seguente tabella di riparametrazione.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Percentuale di invalidità accertata	Percentuale di invalidità liquidata
da 0 a 24	0
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
Da 35 a 55	Da 35 a 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
Da 66 a 100	100

L'accertamento dell'eventuale grado di invalidità permanente residua viene effettuato non prima di un anno dalla data della denuncia del sinistro e comunque a situazione clinica stabilizzata.

14. SERVIZI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza potranno essere forniti dalla Compagnia o da una Centrale Operativa dedicata, messa a disposizione dalla Società, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore0 alle ore

- **Informazioni sanitarie telefoniche:**

- I. strutture Sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- II. centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- III. farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

- **Prenotazioni 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.

- **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.

15. GARANZIA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE O L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA PER L'ASSICURATO CHE SI TROVI IN UNO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo);

15.1 Oggetto della garanzia

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

15.2 Persone assicurate

La copertura assicurativa è valida per tutti gli iscritti all'Ente professionalmente attivi, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "Condizioni di Assicurabilità".

15.3 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento dell'ingresso in copertura, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invalidità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

15.4 Somma assicurata

La somma garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 4.200,00 all'anno; tale somma potrà essere corrisposta anche con un versamento mensile massimo pari a € 350,00.

Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente.

15.5 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessari in modo costante:
 - ✓ o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - ✓ o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

15.6 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata".

La prestazione concordata potrà essere erogata anche nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di dipendenza dell'Assicurato.

– Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

– Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;

ovvero

- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

15.7 Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

15.8 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a:, dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

15.9 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di Dipendenza da parte della Società secondo le condizioni di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti al punto relativo alla somma assicurata - nelle forme di seguito indicate:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro). L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

15.10 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

16. 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.

16bis. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ciclo di terapia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

16ter. VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche 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 odontoiatriche e ortodontiche. 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.

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.

La garanzia è operante unicamente 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 con applicazione di una franchigia di € 30,00 per prestazione.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 750,00 se è assicurato solo il singolo titolare di polizza, mentre si intende innalzato a € 1.200,00 se è assicurato anche il nucleo familiare.

16quater. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo titolare)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Società medesima e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia

- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: ricerca del sangue occulto

17. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI

17.1 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 verranno liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle previste all'art.4.1, lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*" e all'art. 4.2 "*Trasporto sanitario*", che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

17.2 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate verranno rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10% (l'importo a carico dell'Assicurato, comunque, non potrà essere inferiore a € 250,00 - franchigia minima-, né superiore a € 2.500,00 -franchigia massima-), ad eccezione delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- a) Art. 4.1 "*Ricovero in istituto di cura*"
 lett. d) "*Rette di degenza*";
 lett. e) "*Accompagnatore*";
 lett. f) "*Assistenza infermieristica privata individuale*"
 lett. h) "*Indennità di convalescenza*"

- b) Art. 4.2 "*Trasporto sanitario*"

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

17.3 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 all'art. 4.4 "*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.

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 al precedente art. 17.1 "*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati*" o art. 17.2 "*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*".

18. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI EVENTI MORBOSI

18.1 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 applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle previste all'art. 5.1, lett. e) "*Assistenza infermieristica privata individuale*" ed all'art. 5.2 "*Trasporto sanitario*", che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai medesimi punti.

18.2 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 uno scoperto del 10%, ad eccezione delle seguenti:

- a) Art. 5.1 "*Ricovero in istituto di cura a seguito di grave evento morboso*":

- lett. c) “*Rette di degenza*”;
 - lett. d) “*Accompagnatore*”;
 - lett. e) “*Assistenza infermieristica privata individuale*”
 - lett. g) “*Indennità di convalescenza*”
- b) Art. 5.2 “*Trasporto sanitario*”

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

18.3 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 all'art. 5.3 “*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.

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 al precedente art. 18.1 “*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati*” o art. 18.2 “*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*”.

19. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO PER GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO E GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO CHE PROVOCHI ALL'ISCRITTO L'IMPOSSIBILITÀ DI ESERCITARE PROFICUAMENTE LA PROFESSIONE PER ALMENO 4 MESI

L'erogazione delle prestazioni previste dalle garanzie di cui al precedente articolo 6 “*Ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi*” avverrà con le seguenti modalità:

- a. Per entrambe le garanzie l'evento che ha determinato il disagio economico dovrà essersi verificato in un momento successivo all'ingresso dell'assistito nella copertura.
- b. Ai fini dell'attivazione della garanzia “grave malattia o infortunio” sarà necessario produrre la documentazione attestante la gravità delle condizioni di particolare disagio economico nonché la richiesta di rimborso in relazione alle spese sostenute e documentate.
- c. Tali erogazioni verranno effettuate esclusivamente dietro presentazione della dichiarazione dei redditi attestante il volume complessivo dei redditi prodotti nell'anno in cui si è verificato l'evento; al fine dell'operatività delle garanzie il reddito dell'iscritto dovrà risultare non superiore a quanto indicato all'art. 6.1 “*Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'iscritto*”.
- d. Per quanto attiene la garanzia “grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi” potrà essere richiesto il rimborso di giustificativi medici; quanto disciplinato precedentemente potrà essere erogato esclusivamente dietro presentazione alla Società della dichiarazione dei redditi prodotti nell'anno precedente al verificarsi dell'evento nonché quella dei redditi prodotti nell'anno di accadimento dell'evento che dovranno comprovare la diminuzione di reddito nell'anno di accadimento dell'evento medesimo nonché la conformità del reddito agli importi indicati all'art. 6.1 “*Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'iscritto*”.
- e. Nel caso in cui la malattia o l'infortunio abbiano comportato l'attivazione della garanzia per “Grande intervento chirurgico” o per “Grave evento morboso”, si procederà alla sola liquidazione delle spese relative alle garanzie sopraindicate.

20. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

20.1 Inclusioni del nucleo familiare come identificato nelle “Definizioni”

Il nucleo familiare, come identificato nelle “Definizioni”, potrà essere incluso mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo entro 30 gg. dalla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi iscritti/dipendenti/rappresentanti ministeriali, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura del termine 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 della polizza.

20.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 20.1, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", in un momento successivo alla decorrenza della polizza 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 individuate sul modulo medesimo.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg. e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempre a condizione che sia stato pagato il relativo premio.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg. e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempre a condizione che sia stato pagato il relativo premio.

20.3 Nuove iscrizioni / assunzioni / nuove nomine

Nel caso di nuove iscrizioni/assunzioni/nomine, la garanzia per il neo-iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale Enpav decorrerà dal giorno della comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.

Qualora il neo-iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale Enpav intenda inserire il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", dovrà effettuare l'inclusione nella copertura entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società; per l'annualità assicurativa in corso all'atto dell'iscrizione/assunzione/nomina l'inclusione del nucleo familiare non potrà essere effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio secondo le modalità indicate nel modulo stesso.

La garanzia per il nucleo familiare decorrerà in forma rimborsuale contestualmente a quella del neo-iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale Enpav, mentre in forma di assistenza diretta dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.

20.4 Inclusioni di pensionati / cancellati Enpav

Gli Associati dell'Ente che risultino titolari di pensione erogata dall'Ente stesso anche indiretta o di reversibilità alla data di decorrenza della copertura, potranno aderire al piano sanitario solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio entro 30 gg. dalla data di decorrenza della polizza.

Qualora non aderiscano entro il termine sopra indicato, non potranno più essere inclusi nella copertura, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

L'iscritto che diviene pensionato o che si cancella dall'Ente in data successiva alla data di effetto della polizza, ed eventualmente il relativo nucleo familiare, se assicurato, rimarranno in copertura fino alla scadenza annuale.

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

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai precedenti punti 20.2 e 20.3, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia è pari:

al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;

al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

20.5 Cessazione dell'iscrizione all'Ente / dimissione o licenziamento del dipendente/dimissione o sostituzione del rappresentante ministeriale

Nel caso di cessazione di iscrizione all'Ente del veterinario, di dimissione o licenziamento del dipendente, di dimissione o sostituzione del rappresentante ministeriale, la copertura assicurativa dello stesso avrà termine alla scadenza annuale di polizza.

20.6 Decesso dell'iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale Enpav

Nel caso di decesso dell'iscritto/dipendente/rappresentante ministeriale gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

21. ENTITA' DEL PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

- € 95,00 (euro novantacinque/00) → polizza assicurativa base per iscritti, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav;
- € 95,00 (euro novantacinque/00) estensione al coniuge o convivente more uxorio della polizza assicurativa base;
- € 55,00 (euro cinquantacinque/00) per l'estensione della polizza assicurativa base a ciascun figlio, se fiscalmente a carico o nei confronti del quale vi sia l'obbligo del mantenimento;

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. **27.511 iscritti all'Ente**.

Nel caso in cui si riscontri un numero di iscritti maggiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dall'Ente entro gg. 60.

Nel caso in cui si riscontri un numero di iscritti inferiore alla data di decorrenza della polizza, su cui è stato calcolato il premio anticipato, verrà emesso un atto di variazione di conguaglio che dovrà essere regolato dalla Società entro gg. 60 dalla relativa comunicazione.

Per quanto riguarda gli inserimenti di nuovi iscritti in corso d'anno, a ogni comunicazione seguirà l'emissione del relativo atto di variazione da regolarsi sempre nei termini sopraindicati.

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.

22. MODALITÀ DI GESTIONE DELLE ADESIONI

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

23. MODALITÀ OPERATIVE DEL PIANO RELATIVAMENTE ALLE SITUAZIONI PATOLOGICHE E AGLI INFORTUNI PREESISTENTI

Per gli iscritti all'Ente la copertura opera senza alcuna limitazione relativamente a situazioni patologiche preesistenti l'ingresso dell'Assicurato nella copertura, salvo quanto previsto al punto 12 "*Garanzie in caso di brucellosi*", al punto 13 "*Garanzia di invalidità permanente*" e al successivo art. 32 "*Esclusioni dall'assicurazione*".

Per i familiari degli iscritti, per i cancellati, per i pensionati, per i dipendenti e per i rappresentanti ministeriali Enpav, nonché per i loro nuclei familiari che vengano inclusi nella garanzia entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza, varrà il medesimo principio indicato al precedente capoverso.

Per tutti coloro che vengano inseriti volontariamente nella copertura oltre tale data, la garanzia opererà con l'esclusione delle situazioni patologiche e infortuni preesistenti alla data di inclusione del piano relativamente alla garanzia "Gravi Eventi Morbosi".

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI

24. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE / DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resterà sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà 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.

25. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

26. ONERI FISCALI

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

27. FORO COMPETENTE

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

28. 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.

29. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

30. ALTRE ASSICURAZIONI

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

30bis. 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.

30ter. 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

31. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

32. 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;
- 13 limitatamente alle prestazioni previste all'art. 11 "*Garanzia odontoiatrica*", l'Assicurazione non è operante per:
 - a) protesi estetiche;
 - b) trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

33. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti, i dipendenti ed i rappresentanti ministeriali Enpav.

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.

SEZIONE IV – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

34. 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 della Società saranno 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 articoli 34.1 “*Sinistri in strutture convenzionate con la Società*”, 34.2 “*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*” e 34.3 “*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'articolo 34.2 “*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*”, ed all'art. 17.2 “*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*”, ed art. 18.2 “*Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società*”.

34.1 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 una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti 34.2 “*Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società*” e 34.3 “*Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*” e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

34.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla 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 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, 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 verrà 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 dovrà 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. 17.2 *“Modalità di erogazione delle prestazioni-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.

34.3 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 ai precedenti articoli 34.1 *“Sinistri in strutture convenzionate con la Società”* e 34.2 *“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.

34.4 Norme relative alla liquidazione delle garanzie “Ricovero per grave malattia o infortunio” e “Grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”

L'Ente provvederà a comunicare alla Società l'esito della verifica della sussistenza delle condizioni di cui all'art. 6.2 *“Condizioni per l'erogazione delle prestazioni”*.

L'iscritto dovrà inviare direttamente al Servizio Liquidazione indicato nel modulo di adesione la richiesta del contributo unitamente alla seguente documentazione.

A Per la garanzia “Ricovero per grave malattia o infortunio” di cui all'art. 19 *“Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”*, terzo capoverso, modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale nonché le copie delle notule di spesa per il ricovero e la dichiarazione dei redditi dell'anno in cui si è verificato l'evento in copertura per la valutazione dell'effettivo disagio economico.

B Per la garanzia “Grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi” di cui all'art. 19 *“Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”*, quarto capoverso, modulo di denuncia del sinistro corredato dal certificato che attesti l'impossibilità di esercitare la professione per almeno 4 mesi; ultime due dichiarazioni dei redditi, la prima relativa all'anno precedente all'evento in copertura, la seconda relativa all'anno in cui si è verificato l'evento.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna alla Società della documentazione di cui ai punti A) e B) del presente articolo. 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.

La Società provvederà ad erogare il contributo, nei limiti previsti all'art. 6.4 *“Massimali assicurati”*, previo conseguimento da parte dell'Ente o dell'Assicurato stesso delle informazioni sulla conformità della posizione dell'iscritto alle condizioni per l'erogazione delle prestazioni e alla effettiva consistenza del reddito comportante la situazione di particolare disagio economico.

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. 17.2 “Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”, in caso di attivazione della garanzia “Grande Intervento Chirurgico” oppure con le modalità di cui all'art. 18.2 “Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”, in caso di attivazione della garanzia “Grave Evento Morboso”, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Ai fini di una 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.

34.5 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

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, ad es. denuncia dei redditi).

La liquidazione degli indennizzi da parte della Società oltre i termini previsti nel presente Capitolato determina, in favore dell'Assicurato, il pagamento di una penale pari al 15% dell'indennizzo dovuto.

34.6 Norme relative alla liquidazione relativa alla “Garanzia in caso di diagnosi per brucellosi” Denuncia del sinistro e oneri relativi

L'iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante la diagnosi di brucellosi e la relativa data di insorgenza, corredato dalla copia della documentazione medica richiesta, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della malattia, l'iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia indennizzabili. La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

Ai fini della liquidazione dell'indennizzo, l'Assicurato dovrà necessariamente fornire alla Società il certificato attestante la durata di inattività professionale.

34.7 Norme relative alla liquidazione della garanzia Invalidità permanente

A Denuncia del danno e obblighi relativi

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia, deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata alla Società, entro 180 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Alla denuncia dovrà essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

a) copia del certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;

b) copia della cartella clinica, conforme all'originale, ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, sarà concesso il termine di 180 giorni dalla scadenza per la relativa denuncia.

L'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

B Criteri di liquidazione

Entro un mese dalla determinazione del grado di invalidità permanente, la Società liquiderà l'indennizzo che risulterà dovuto e provvederà al pagamento se ed in quanto sia dovuto ed accettato dall'Assicurato.

Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si

sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Nell'ipotesi che il trattamento terapeutico determini invece un peggioramento della situazione patologica in atto, anche attraverso effetti collaterali, nella valutazione del danno la Società terrà conto del conseguente maggior pregiudizio.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente, quindi, dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla malattia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione della eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggiore pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

In caso di riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di invalidità permanente accertata saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società verserà gli indennizzi contro regolare quietanza, sottoscritta dagli Assicurati coinvolti o dai loro aventi diritto, pienamente liberativa.

34.8 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 verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita 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, provvederà 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.

35. 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.

36. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI “PRIVACY”

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Enpav 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.

ALLEGATO A

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Tumori

Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi gli interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

Neurochirurgia

- **Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale.** Ad esempio:
 - a) craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
 - b) asportazione di neoplasie endocrine, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche;
 - c) operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico;
 - d) interventi di derivazione liquorale diretta o indiretta;
 - e) operazioni per encefalo meningocele;
 - f) lobotomia ed altri interventi di psicotomia;
 - g) talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
 - h) interventi per epilessia focale;
 - i) neurotomia retrograsseriana, sezione intracranica di altri nervi;
 - j) emisferectomia;
 - k) idrocefalo ipersecretivo;
 - l) chirurgia endoauricolare della vertigine;
 - m) chirurgia translabyrinthica della vertigine.

- **Interventi di cranioplastica**
 - a) inclusa la plastica per paralisi del nervo facciale;
 - b) inclusa la correzione del naso a sella;
 - c) inclusa la riduzione delle fratture mandibolari con osteosintesi.

- **Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale**

- **Asportazione tumori dell'orbita**
 - a) per via endocranica

- **Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari).** Ad esempio:
 - a) interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari; Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore

- **Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore**

- **Interventi sul plesso brachiale.** Ad esempio:
 - a) vagotomia per via toracica;
 - b) interventi associati sul simpatico cervicale e sui nervi splancnici.

Oculistica

- **Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare** compresi:
 - a) iridocicloretrazione;
 - b) trabeculectomia

- **Intervento di enucleazione del globo oculare**

Otorinolaringoiatra

- **Asportazione di tumori maligni del cavo orale.** Ad esempio:
 - a) parotidectomia con conservazione del facciale
 - b) asportazione della parotide per neoplasie maligne
 - c) interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
 - d) interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento gangliare.

- **Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)**

- **Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale).** Ad esempio:
 - a) laringectomia orizzontale sopraglottica
 - b) laringectomia parziale verticale
 - c) laringectomia totale
 - d) faringo-laringectomia

- **Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare.** Ad esempio:
 - a) demolizione dell'osso frontale
 - b) decompressione del nervo facciale
 - c) decompressione del nervo facciale con innesto o raffia
 - d) resezione del nervo petroso superficiale
 - e) resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
 - f) resezione del mascellare superiore
 - g) operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
 - h) frattura del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico
 - h) frattura dei mascellari superiori: trattamento chirurgico ortopedico

- **Ricostruzione della catena ossiculare.** Ad esempio:
 - a) chirurgia della sordità otosclerotica

- **Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico**

- **Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.** Ad esempio:
 - a) timpano plastica

Chirurgia del collo

- **Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale**
- **Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia**

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- **Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici.** Ad esempio:
 - a) resezioni segmentarie e lobectomia
 - b) decorticazione polmonare
 - c) pleuro-pneumectomia
 - d) toracectomia
 - e) toracoplastica

- **Interventi per fistole bronchiali.**
- **Interventi per echinococchi polmonare**
- **Pneumectomia totale o parziale**
- **Interventi per cisti o tumori del mediastino.** Ad esempio:
 - a) asportazione del timo

Chirurgia cardiovascolare

- **Interventi sul cuore per via toracotomica.** Ad esempio:
 - a) pericardiectomia
 - b) sutura del cuore per ferite
 - c) interventi per corpi estranei del cuore
 - d) interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
 - e) commissurotomia
 - f) valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
 - g) sostituzione valvolare con protesi
 - h) infartectomia in fase acuta
 - i) resezione aneurisma del ventricolo sinistro
 - j) by-pass aortocoronarico con vena
 - k) by-pass aortocoronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
 - l) impianto di arteria mammaria secondo Vineber singolo o doppio
 - m) impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
 - n) asportazione di tumori endocavitari del cuore

- **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica.** Ad esempio:
 - a) operazione per embolia dell'arteria polmonare
 - b) operazioni sull'aorta toracica

- **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica.** Ad esempio:
 - a) disostruzione by-pass aorta addominale
 - b) interventi per la stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
 - c) resezione arteriosa con plastica vasale

- **Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale.** Ad esempio:
 - a) interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima

- **Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario**
- **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi.** Ad esempio:
 - a) interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco-brachiocefalico, iliache

- **Asportazione di tumore glomico carotideo**

Chirurgia dell'apparato digerente

- **Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago**
- **Interventi con esofagoplastica.** Ad esempio:
 - a) resezione dell'esofago con esofagoplastica in un tempo
 - b) interventi per diverticolo dell'esofago
 - c) collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparotomica
 - d) Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
 - e) operazioni sull'esofago per stenosi benigne per tumori resezioni parziali basali, alte o totali.

- **Intervento per mega-esofago**

- **Resezione gastrica totale**

- **Resezione gastro-digiunale.** Ad esempio:
 - a) Resezione gastrica
 - b) Resezione del tenue
 - c) occlusione intestinale: di varia natura: resezione intestinale
 - d) resezione anche per ulcera peptica post-anastomica
 - e) cardiomiectomia extramucosa

- **Intervento per fistola gastro-digiunocolica Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia).** Ad esempio:
 - a) laparotomia per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
 - b) idem con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
 - c) resezione ileo-cecale
- **Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)**
- **Interventi di amputazione del retto-ano.** Ad esempio:
 - a) amputazione del retto per via sacrale
 - b) amputazione del retto per via addominoperineale
- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale**
- **Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale**
- **Drenaggio di ascesso epatico.** Ad esempio:
 - a) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia - colecistoenterostomia)
- **Interventi per echinococcosi epatica**
- **Resezioni epatiche**
- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari.** Ad esempio:
 - a) epatico ecoledocotomia
 - b) papillotomia per via trans-duodenale
- **Interventi chirurgici per ipertensione portale.** Ad esempio:
 - a) anastomosi porta-cava e spleno-renale
 - b) splenectomia
 - c) anastomosi mesenterica-cava
- **Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica.** Ad esempio:
 - a) interventi di necrosi acuta del pancreas
 - b) interventi per fistole pancreatiche
- **Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomici.** Ad esempio:
 - a) interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione
- **Interventi per neoplasie pancreatiche** Ad esempio:
 - a) interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa o della coda

Urologia

- **Nefroureterectomia radicale.** Ad esempio:
 - a) nefrectomia allargata per tumore
 - b) nefrectomia per tumore di Wilms
- **Surrenalectomia**
- **Interventi di cistectomia totale.** Ad esempio:
 - a) cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- **Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia.** Ad esempio:
 - a) interventi per fistola vescico-rettale
 - b) interventi per fistola vescico-intestinale

- c) intervento per estrofia vescicale
- d) cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- e) cura chirurgica di fistola ureterale
- f) ileocisto-plastica – colecisto plastica

- **Cistoprostatovesicoleclectomia**
- **Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale**
- **Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare**

Ginecologia

- **Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia.** Ad esempio:
 - a) panisterectomia radicale per via addominale
 - b) panisterectomia radicale per via vaginale
 - c) eviscerazione pelvica
- **Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica, eventualmente comprensivo di:**
 - a) creazione operatoria di vagina artificiale
 - b) creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi
 - c) creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
 - d) cura chirurgica di fistola retto-vaginale
 - e) metro plastica
- **Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.** Ad esempio:
 - a) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- **Interventi per asportazione di tumori maligni del seno**

Ortopedia e traumatologia

- **Interventi per costola cervicale**
- **Interventi di stabilizzazione vertebrale**
- **Interventi di resezione di corpi vertebrali**
- **Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni**
- **Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei**
- **Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio**

Chirurgia pediatrica (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- **Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).** Ad esempio:
 - a) cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- **Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite.** Ad esempio:
 - a) atresia dell'esofago
 - b) fistola dell'esofago
 - c) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
 - d) tresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale
 - e) teratoma sacro-coccigeo
 - f) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

- **Correzione chirurgica di megauretere congenito**
- **Correzione chirurgica di megacolon congenito.** Ad esempio:
 - a) megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
 - b) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson

Trapianti di organo:

Tutti. Ad esempio:

- a) trapianto di cornea
- b) trapianto cuore e/o arterie
- c) trapianto organi degli apparati digerente, respiratorio, urinario

ALLEGATO B
ELENCO GRANDI EVENTI MORBOSI

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- a) Ulcere torpide e decubiti
- b) Sovrainfezioni
- c) Infezioni urogenitali
- d) Ipertensione instabile
- e) Neuropatie
- f) Vasculopatie periferiche

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- a) Dispnea
- b) Edemi declivi e stasi polmonare
- c) Ipossiemia
- d) Alterazione equilibrio idro-salino
- e) Riacutizzazione-acuzio
- f) Aritmie

Cardiopatía ischemica

Insufficienza cardiaca congestizia

Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:

- a) Acuta
- b) Edema polmonare
- c) Cronica in trattamento riabilitativo
- d) Con ossigenoterapia domiciliare continuata
- e) Cronica riacutizzata
- f) Con ventilazione domiciliare

Insufficienza renale acuta

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale

Neoplasia maligne – accertamenti e cure

Gravi traumatismi – se controindicato intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie

Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson caratterizzato da:

- riduzione attività motoria**
- mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta**

Stato di Coma

Alzheimer

Embolia polmonare e successive patologie ad essa correlate