

SECONDA SEZIONE

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE
GARANZIA PLUS

GARANZIA PLUS

SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

1. DEFINIZIONI

Ai fini della Garanzia Plus valgono le definizioni sub art. 1 del Capitolato di Polizza Rimborso spese mediche – PIANO UNICO.

2. SOGGETTI ASSICURATI

L'Assicurazione è prestata a favore degli Associati (iscritti/pensionati/cancellati), dipendenti e componenti di Organi Enpav, nonché titolari di pensione indiretta e titolari di pensione di reversibilità, i quali hanno facoltà di aderire alla Garanzia Plus con costo a proprio carico. Qualora sia stata effettuata l'estensione al nucleo familiare della garanzia base prevista dal piano unico collettivo, la copertura potrà essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, al coniuge o al convivente "more uxorio" – fino all'età di 85 anni - ed ai figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento ed i figli in affidamento, nonché i genitori conviventi fino all'età di 75 anni.

Nel caso di inserimento del nucleo familiare, l'estensione riguarderà tutti i componenti del nucleo stesso sempreché questi abbiano già aderito al Piano Unico.

3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente copertura assicurativa opererà in caso di malattie e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e comunque per eventi e per tutte le prestazioni in genere non già coperti dal Piano Unico e, ferme restando le disposizioni di cui ai successivi articoli 20 e 23, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico reso necessario anche da parto e aborto;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Indennità a seguito di malattia o infortunio che determini interruzione totale dell'attività per un periodo non inferiore a 3 mesi
- Prevenzione (limitata ai soli soggetti ad adesione facoltativa non ricompresi nel perimetro della copertura della garanzia prevista nel Piano Unico all'art. 19 "Prevenzione")

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

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

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

4. RICOVERO

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

4.1 Ricovero in Istituto di Cura

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

a) Pre-ricovero

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

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

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

e) Accompagnatore

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

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

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami terapie, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

4.2 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.000,00** per ricovero.

4.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1 *"Ricovero in Istituto di cura"* e 4.2 *"Trasporto sanitario"*, con i relativi limiti in essi indicati.

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

4.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1 *"Ricovero in Istituto di cura"*, lettera a) *"Pre-ricovero"*, b) *"Intervento chirurgico"*, c) *"Assistenza medica, medicinali e cure"*, g) *"Post-ricovero"* e 4.2 *"Trasporto sanitario"*, con il relativo limite in essi indicati.

4.5 Parto e aborto

a) Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata, che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 4.1 *“Ricovero in Istituto di cura”* lett. b) *“Intervento chirurgico”*, c) *“Assistenza medica, medicinali, cure”*, d) *“Rette di degenza”*, e) *“Accompagnatore”*, g) *“Post-ricovero”*, e 4.2 *“Trasporto sanitario”*, con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 6.000,00** per anno assicurativo e per Assicurato (nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare), sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate, senza applicazione di franchigie o scoperti. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 4.2 *“Trasporto sanitario”*.

b) Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 4.1 *“Ricovero in Istituto di cura”* lett. b) *“Intervento chirurgico”*, c) *“Assistenza medica, medicinali, cure”*, d) *“Rette di degenza”*; relativamente alle prestazioni *“post-ricovero”*, vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto, nei limiti previsti al punto 4.1 *“Ricovero in Istituto di cura”* lettera g) *“Post ricovero”*, e 4.2 *“Trasporto sanitario”*, con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno assicurativo e per Assicurato (nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare), sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate, senza applicazione di franchigie o scoperti. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 4.2 *“Trasporto sanitario”*.

4.6 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, per un periodo non superiore a **90 giorni** per ogni ricovero.

4.7 Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 200.000,00** per Assicurato.

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

5. INDENNITA' A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO CHE DETERMINI INTERRUZIONE TOTALE DELL'ATTIVITA' PER UN PERIODO NON INFERIORE A 3 MESI

5.1 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Qualora l'assicurato rimanga professionalmente inattivo per un periodo non inferiore a 3 mesi, avrà diritto alle indennità previste al punto 5.3.

È onere dell'assicurato dimostrare l'inattività tramite documentazione sanitaria (cartelle cliniche, certificati medici).

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.

5.2 Termini di decadenza

La richiesta di indennizzo dovrà essere trasmessa alla Società entro 180 giorni, salvo comprovati impedimenti, dalla data dell'evento che ha determinato l'inattività.

5.3 Massimali assicurati

Per un periodo di inattività fino a 6 mesi, la Società corrisponderà un'indennità una tantum pari a € 3.000

Per un periodo di inattività superiore a 6 mesi, la Società corrisponderà un'indennità una tantum pari a € 6.000

6. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO

6.1 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 nei limiti dell'85% della spesa e con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 fino alla concorrenza del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

a) punto 4.1 *“Ricovero in Istituto di cura”*:

- lett. f) *“Assistenza infermieristica privata individuale”*;

b) punto 4.2 *“Trasporto sanitario”*;

c) punto 4.5 *“Parto e aborto”*,

che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati, senza applicazione di franchie e/o scoperti.

6.2 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ad eccezione delle seguenti:

a) punto 4.1 *“Ricovero in Istituto di cura”*:

lett. d) *“Rette di degenza”*;

lett. e) *“Accompagnatore”*;

lett. f) *“Assistenza infermieristica privata individuale”*;

b) punto 4.2 *“Trasporto sanitario”*;

c) punto 4.5 *“Parto e aborto”*,

che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

6.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 4.6 *“Indennità Sostitutiva”*.

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'*“Indennità sostitutiva”*.

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'art. 24.1 *“Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società”* o all'articolo 24.2 *“Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”*.

7. PREVENZIONE (limitata ai soli soggetti ad adesione facoltativa non ricompresi nel perimetro della copertura della garanzia prevista nel Piano Unico all'art. 19 "Prevenzione")

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti "prevenzione cardiovascolare" e "prevenzione oncologica" effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Si potrà fruire di un solo pacchetto per anno e per nucleo, con il vincolo che il pacchetto "prevenzione oncologica" potrà essere effettuato una volta ogni due anni,

In assenza di strutture convenzionate nel raggio di 25km dal domicilio dell'assicurato o dal suo luogo di lavoro, l'assicurato, sempre su indicazione della Centrale Operativa, potrà effettuare le prestazioni presso strutture non convenzionate e richiederne il rimborso fino ai seguenti limiti per le prestazioni che non è stato possibile effettuare in convenzionamento diretto:

- Prevenzione cardiovascolare: € 100
- Prevenzione oncologica uomo o donna: € 150

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 45,00 per pacchetto.

Prestazioni previste una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Dosaggi ormonali tiroidei
- Elettrocardiogramma di base
- Elettroliti sierici
- Elettroforesi delle sieroproteine,
- Emoglobina glicata
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- Protidemia totale
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Videoconsulto cardiologico per consulenza su referti

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Ecografia prostatica

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Mammografia
- Omocisteina
- PAP-Test
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi

8. REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 24h dalla data fissata per la prestazione, fornendo all'assicurato la possibilità di integrare eventuale documentazione mancante entro la data stessa e senza la necessità di richiedere una nuova prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

Per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato una Centrale operativa con numero verde dedicato operativo dalle 8.00 alle 19.30.

9. GARANZIA ASSISTENZA ALL'ESTERO

In caso di infortunio o malattia che comportino la necessità di cure non procrastinabili durante un viaggio all'estero, di lavoro o di piacere, la Società garantisce i seguenti servizi:

- ✓ **Rimborso spese mediche:** come da garanzie previste in polizza, con possibilità di applicazione del regime di assistenza diretta se presenti strutture convenzionate con la Compagnia
- ✓ **Consulenza telefonica e pareri medici**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con il Call Center operativo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato un Call Center con numero verde operativo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

- **Informazione ed orientamento medico telefonico.** Quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, il Call Center mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assicurato, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, il Call Center segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

- **Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione.** Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, il Call Center mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui il Call Center si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici del Call Center possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

- ✓ **Acquisto ed invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. La compagnia si farà carico del costo dei medicinali fino al limite di € 100 per evento.

- ✓ **Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si farà carico delle spese di soggiorno nel limite di € 150,00 per evento.

- ✓ **Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di

telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora non sia possibile organizzare il servizio di rimpatrio entro 4 giorni dalla richiesta, la Società provvederà a rimborsare le spese entro il limite di € 10.000,00.

- ✓ **Spese di ricerca e salvataggio:** la Compagnia rimborserà le spese di ricerca e salvataggio dell'Assicurato fino al limite di € 10.000 per evento

10. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

10.1 Inclusioni/esclusioni per associati/dipendenti/componenti Organi Enpav alla data di decorrenza della copertura

Gli associati/dipendenti ENPAV/componenti organi Enpav alla data di decorrenza della copertura potranno aderire alla Garanzia Plus solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

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

- a) assicurare solamente sé stesso;
- b) assicurare anche il nucleo familiare come incluso nel piano unico.

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

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

Il Titolare che decida di estendere la Garanzia Plus al nucleo familiare potrà farlo esclusivamente se ha preventivamente esteso il Piano Unico a tutti i componenti del nucleo familiare.

Nel caso in cui l'iscritto cambiasse status (ossia diventasse pensionato o cancellato ad adesione) in corso d'anno, nell'annualità assicurativa successiva potrà:

1. acquistare il Piano Unico per sé stesso
2. estendere al nucleo familiare il Piano Unico o acquistare per sé o per il nucleo familiare la Garanzia Plus solo se già fatto nella prima annualità assicurativa.

In caso di decesso dell'associato, del pensionato, del cancellato, del dipendente e del componente di Organo Enpav, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia alla prima scadenza annuale del contratto.

10.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell'associato/dipendente ENPAV/componente Organi Enpav 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 le modalità condivise con la Società. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia a condizione che questa venga comunicata entro 45 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario, decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, a condizione che sia stato pagato il relativo premio e sempre nel caso in cui la comunicazione avvenga entro la fine dell'annualità assicurativa. Nel caso di variazioni dello stato di famiglia avvenute nel corso degli ultimi due mesi dell'annualità assicurativa, sarà concessa al Titolare la possibilità di effettuare l'estensione al nucleo familiare per la successiva annualità.

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

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia – l'opzione di rinnovo, per i successivi 12 mesi, potrà essere concordata con la Compagnia una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

10.3 Inclusioni/esclusioni relative ai neo-iscritti/nuove assunzioni/nuove nomine di componenti di Organi Enpav

Per poter aderire alla Garanzia Plus, il neo-iscritto/assunto/componente di Organi Enpav dovrà comunicare la propria adesione secondo le modalità condivise con la Società. In tal caso l'adesione deve avvenire entro 60 giorni dalla comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.

La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione/assunzione/nomina viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre per l'attivazione dell'assistenza diretta sarà necessario aver provveduto al pagamento del premio.

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

I figli ed il coniuge o convivente "more uxorio" dei neo-iscritti/dipendenti Enpav/componenti di Organi Enpav possono essere inseriti contestualmente al titolare, sempre che per il nucleo familiare sia stato acquistato anche il Piano Unico.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato nel precedente punto 10.2.

Anche per questi familiari la copertura avrà effetto dalle ore 24 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre per l'attivazione dell'assistenza diretta sarà necessario aver provveduto al pagamento del premio.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo, per i successivi 12 mesi, potrà essere concordata con la Compagnia una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

10.4 Inclusioni/esclusioni relative ai pensionati/cancellati Enpav e all'eventuale nucleo familiare

I pensionati, inclusi i titolari di pensione indiretta e di reversibilità ed i cancellati Enpav, potranno aderire alla Garanzia Plus, analogamente a quanto disposto per il Piano Unico, secondo modalità e tempi condivisi con la Società e pagamento del relativo premio.

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

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo, per i successivi 12 mesi, potrà essere concordata con la Compagnia una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

11. ENTITA' DEI PREMI E MODALITA' DI PAGAMENTO

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

Età dell'iscritto / dipendente ENPAV / componente Organi ENPAV / pensionato / cancellato (*)	Costo single (premio soggetto a ribasso)	Premio aggiuntivo per 1 familiare** (premio soggetto a ribasso)	Premio aggiuntivo per ogni familiare successivo al primo
Fino a 35 anni	€ 300,00	€ 233,50	Sconto 10% sul premio della fascia corrispondente
Tra 36 e 45 anni	€ 370,00	€ 289,00	
Tra 46 e 55 anni	€ 485,00	€ 396,00	I FIGLI FINO A 14 ANNI COMPIUTI VERRANNO INSERITI GRATUITAMENTE
Tra 56 e 70 anni	€ 650,00	€ 535,00	
Tra 71 e 85 anni	€ 875,00	€ 749,00	

(*) per gli Assicurati con data di nascita compresa tra il 1° gennaio e il 30 giugno verrà considerata come già compiuta l'età dell'anno di riferimento. Per gli altri Assicurati, verrà considerata come ancora da compiersi l'età dell'anno di riferimento

(**) i familiari saranno ordinati per età decrescente (il primo familiare sarà quello di età più alta)

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI

12. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Si rimanda a quanto già disciplinato dall'art.28 del piano Unico.

13. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

14. ONERI FISCALI

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

15. FORO COMPETENTE

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

16. 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.

17. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

18. ALTRE ASSICURAZIONI

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

19. 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.

20. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto – ivi compreso il pagamento dei premi – dell'assistenza e della consulenza del Broker AON Roma, Via Piemonte 48 C.A.P. 00187.

Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo – dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, anche per tramite del Broker. Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera – ai fini di quanto disposto dall'art. 1091 C.C. – come eseguito nei confronti della Società e deve, pertanto, intendersi liberatorio per il Contraente.

Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicare alla Società l'eventuale revoca, ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente

contratto. La remunerazione del Broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto nella misura del 3% (tre%).

SEZIONE III- LIMITAZIONI

21. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

22. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;

23. OPERATIVITA' COPERTURA

Per tutti gli assicurati che alla data del 31/12/2024 risultassero già in copertura nella polizza in corso con Generali, la presente polizza opera senza soluzione di continuità per tutte le garanzie prestate.

24. 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. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. 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;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

25. PATOLOGIE PARTICOLARI

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

- miopia

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

Per essi verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- indennizzabilità nel primo anno di sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 250,00 per ogni ricovero con intervento chirurgico relativo alle patologie sopra indicate; qualora il ricovero avvenga in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto 4.6 “*Indennità sostitutiva*” per un massimo di 3 giorni.
- Oltre tale termine temporale, i ricoveri con intervento chirurgico conseguenti alle patologie sopraindicate rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta, sia nella forma rimborsuale.

26. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti/dipendenti/componenti Organi 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 75 anni per i genitori conviventi.

Per le persone che raggiungano le età sopra indicate in corso d’anno, l’assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

SEZIONE IV-NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

Si applica quanto previsto all’articolo 41 e subordinati del Piano Unico

27. RISOLUZIONE BONARIA DELLE CONTROVERSIE

Con cadenza mensile, rappresentanti del Contraente, della Società e del Broker si incontreranno presso la sede del Contraente, o in altro luogo concordato, per esaminare e valutare congiuntamente i casi che hanno portato a contenzioso, al fine di trovarne bonaria risoluzione, nonché ogni situazione relativa al contratto che necessiti di ulteriore valutazione

28. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Laddove non si raggiungesse accordo in occasione degli incontri mensili, 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.

29 - REPORTISTICA

La Società, su base trimestrale, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico condiviso con il Contraente, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società;
- b) la data di accadimento dell'evento;
- c) la tipologia di Assicurato (es. iscritto, pensionato, familiare...);
- d) sesso dell'Assicurato
- e) età dell'Assicurato
- f) la garanzia di polizza interessata;
- g) la tipologia di evento (es: ricovero per grande intervento chirurgico, visita, accertamento diagnostico, prevenzione...);
- h) nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico, la patologia con indicazione del codice ICD9;
- i) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia);
- j) se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- k) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società);
- l) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo;
- m) la data di avvenuto pagamento.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 250,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

30. RECLAMI

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia assicurativa.

Il reclamo deve contenere il nome, cognome, codice fiscale e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (www.ivass.it), telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

I reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm – chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi a un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015. A tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto
- procedura di arbitrato, ove prevista
- procedura di commissione paritetica, ove prevista

31. CRITERI DI LIQUIDAZIONE

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 30 gg. solari 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).

32. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI PRIVACY

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