



GENERALI
Assicurazioni Generali

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

CONVENZIONE 2009/2010
EMAPI/ASSICURAZIONI GENERALI

PER GLI ISCRITTI ALL'ENTE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA PLURICATEGORIALE

EMAPI

Ente di Mutua Assistenza
per i Professionisti Italiani



GENERALI
Assicurazioni Generali

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

CONVENZIONE 2009/2010 EMAPI/ASSICURAZIONI GENERALI

PER GLI ISCRITTI ALL'ENTE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA PLURICATEGORIALE

EMAPI

Ente di Mutua Assistenza
per i Professionisti Italiani

I professionisti dottori Chimici, Attuari, Agronomi, Forestali e Geologi iscritti all'Epap, da oggi possono contare su una assistenza sanitaria integrativa efficace studiata apposta per i professionisti da altri professionisti. L'EMAPI, nata nell'ambito Adepp principalmente per interessamento dell'amico Presidente Houllis, offre la migliore convenzione per l'assistenza sanitaria integrativa per i professionisti che c'è oggi in giro.

La polizza proposta dalla Assicurazioni Generali - che è aggiudicata una gara d'appalto europea - ha, tra l'altro, il pregio che può essere sottoscritta dai professionisti tramite l'Epap e con l'intervento dell'Epap, e può essere estesa in modo individuale ai componenti del proprio nucleo familiare. Ancora, in modo individuale è possibile aggiungere un programma assicurativo ulteriore (le cosiddette "Garanzie B") che integri e completi quello di base o "dei grandi rischi".

Ritengo che in questo modo si sia data una risposta efficace ad un problema, quello della salute, che se è importante per tutti, lo è ancor di più per i liberi professionisti che in caso di infermità hanno danni enormi in termini di mancato lavoro e di mancati rapporti.

I colleghi iscritti all'Epap che leggeranno queste pagine sapranno apprezzare, ne sono certo, la polizza sanitaria offerta e i pregi che essa contiene.

Arcangelo Pirrello
Presidente EPAP

La tutela della salute è un valore costituzionale fondamentale per ogni persona che va tutelato e promosso. Sono diversi gli strumenti che si possono utilizzare per realizzarlo e, fra questi, l'assistenza sanitaria integrativa riveste grande importanza, in particolare, per i professionisti che nei momenti di malattia hanno la necessità di poter contare su interventi non solo qualificati ma anche rapidi.

Ogni giorno di malattia infatti, oltre ai pesanti disagi che implica di per sé, comporta per il libero professionista mancati guadagni che possono incidere anche in modo significativo sulla sua situazione economica aumentando, talvolta in modo marcato, le preoccupazioni.

Da tali basilari considerazioni è partita l'AdEPP, l'associazione che riunisce gli enti di previdenza privati, per realizzare un approfondimento sulla materia volto a individuare la forma più efficace per realizzare questa importante forma di assistenza.

Da queste riflessioni si è giunti alla costituzione di EMAPI, associazione consortile di otto enti di previdenza privati* che, in ragione della sua rappresentatività e dell'insieme di soggetti che è in grado di coinvolgere, ha la capacità di negoziare condizioni particolarmente vantaggiose sul mercato. La copertura assicurativa ottenuta, a seguito di una gara europea conclusasi con l'aggiudicazione alle Assicurazioni Generali e di cui nel presente opuscolo sono riportati i dettagli, ne è la prima concreta testimonianza.

Tuttavia, il ruolo di EMAPI non è soltanto quello di ottenere buone condizioni contrattuali ma anche di offrire un efficace servizio di supporto agli iscritti, sia riguardo alle modalità di utilizzo dell'assistenza sanitaria integrativa, sia per esercitare un controllo sistematico sul servizio erogato dalle Assicurazioni Generali, in particolare per quanto attiene il puntuale pagamento dei rimborsi.

Il nostro impegno, che stiamo realizzando con una struttura agile, è di offrire un servizio personalizzato alle esigenze dei professionisti e ogni nostro sforzo sarà indirizzato in questa direzione.

Demetrio Houlis
Presidente EMAPI

* Cassa Geometri, Cassa Notariato, ENPAB, ENPAEL, ENPAP, ENPAPI, EPAP ed EPPi

Gli assistiti di EMAPI

Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI.

I professionisti avranno accesso alle garanzie “A” e potranno, volontariamente, aggiungere un programma assicurativo integrativo e di completamento (garanzie “B”).

Sempre volontariamente i professionisti potranno estendere le prestazioni al proprio nucleo familiare.

Anche i Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, che non siano nelle condizioni di erogare ai loro iscritti la copertura a carico del proprio bilancio possono aderire alla Convenzione, ovviamente in forma individuale con possibilità anche in questo caso di estensione al nucleo familiare.

Coloro che andranno in quiescenza possono continuare con adesione volontaria ed individuale ad usufruire delle prestazioni offerte dalla Convenzione.

Pensionati delle Casse ed Enti tali da non più di due anni dalla attribuzione del certificato di assicurazione alla rispettiva Cassa o Ente.

In tal senso tutti coloro che sono pensionati di Casse ed Enti che abbiano attivato la Convenzione per i propri iscritti in attività possono aderire volontariamente ed individualmente alla Convenzione sempre che non siano in quiescenza da più di due anni dal momento dell’attivazione della Convenzione per la propria Cassa o Ente.

Ad esempio, se l’Ente ha attivato la convenzione per i propri iscritti il 15 ottobre 2008, i pensionati dell’Ente stesso possono aderire alla convenzione in forma volontaria con il requisito che il pensionamento sia avvenuto in data successiva al 15 ottobre 2006, ovvero due anni prima della decorrenza della garanzia dell’Ente.

Se sono andati in pensione in data antecedente il 15 ottobre 2006 superano il termine dei due anni e quindi non rientrano nelle categorie assicurabili.

Dipendenti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI.

Nuclei Familiari di Professionisti, Pensionati e Dipendenti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, come sotto definiti.

Coniuge e figli superstiti di iscritti deceduti possono continuare con adesione volontaria ed individuale ad usufruire delle prestazioni offerte dalla Convenzione.

Per il professionista e il dipendente non sono previsti limiti di età, per il coniuge o convivente more uxorio che compia 90 anni e il figlio convivente che ne compia 35 la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale di premio.

Se i figli sono inabili non opera il limite di età.

Se si decide di estendere le garanzie al proprio nucleo familiare si dovranno necessariamente inserire tutti i componenti del nucleo ovvero coniuge o convivente more uxorio e figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

Il nucleo familiare ed i limiti di età

Sintesi delle garanzie

Le prestazioni

Garanzia A

Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi

Massimale

Franchigia e scoperti

Ospedaliere

Trattamento medico domiciliare

€ 360.000,00 anno/nucleo

Non previste

Nel caso, sia la struttura sanitaria sia il personale medico, siano **ambidue** convenzionati.

Prevista

Per quello dei due soggetti (o struttura sanitaria o personale medico) che non sia convenzionato:

- franchigia fissa di € 300,00 per sinistro e scoperto pari al 15% con un massimo di € 2.000,00.

Ricovero per Grande intervento

- Onorari medici per ogni soggetto partecipante all'intervento;
- diritti sala operatoria;
- materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- rette degenza.

In caso di trapianto sono comprese le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero e le prestazioni successive al ricovero sono estese a 180 gg.

Ricovero senza intervento per Grave evento morboso

- Rette degenza;
- assistenza medica, infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero.

Per Grave Evento Morboso

- a) Visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;

- d) spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di € 15.500,00 per assicurato e per anno.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Sintesi delle garanzie

Le prestazioni

Garanzia A

Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi

Visite ed accertamenti pre ricovero ospedaliero
(e ad esso correlati)

Visite ed accertamenti post ricovero ospedaliero
(e ad esso correlati)

Accompagnatore

Assistenza infermieristica individuale durante il ricovero ospedaliero

Trasporto sanitario
(all'Istituto di cura e ritorno)
dell'Assicurato e dell'accompagnatore

Protesi ortopediche

Costi funerari e rimpatrio salma

Diaria sostitutiva in caso di ricovero in struttura pubblica

La copertura opera

Per grandi interventi: nei 125 giorni precedenti il ricovero.

Per gravi eventi morbosi: nei 100 giorni precedenti il ricovero.

La copertura opera

Per grandi interventi: nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero.

Per gravi eventi morbosi: nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero (con un sottolimito di € 13.000,00 anno/nucleo).

Solo per Grandi interventi chirurgici fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 gg.

Fino ad un massimo di € 2.600,00 anno/nucleo.

Fino ad un massimo di

€ 2.000,00 per ricoveri in stati dell'UE;

€ 4.000,00 resto del mondo.

Fino ad un massimo di € 5.200,00 anno/nucleo, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa. Escluse le protesi acustiche.

Fino ad un massimo di € 5.000,00 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza per costi funerari e rimpatrio salma.

Nel caso in cui non sia presentata richiesta di rimborso sono corrisposti, a partire dal 4° giorno di ricovero, € 155,00 per un massimo di 180 giorni.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Sintesi delle garanzie

Le prestazioni

Garanzia A

**Grandi interventi
chirurgici e gravi
eventi morbosi**

Day hospital

**Indennità per grave
invalidità permanente da infortunio**
(garanzia valida per il solo iscritto caponucleo)

Prestazioni di assistenza

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico in cui la cartella clinica rimanga aperta per un periodo superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero.

In caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente parziale di grado superiore al 66%, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o

patologiche preesistenti o sopravvenute: indennizzo pari al capitale assicurato ovvero ad € 40.000,00. (La garanzia è operativa, qualora attivata, per le sole Casse che aderiscono in forma collettiva)

Rientro dal ricovero di primo soccorso;

viaggio di un familiare all'estero;

invio di medicinali urgenti all'estero;

rimpatrio sanitario.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Sintesi delle garanzie

Le prestazioni

Garanzia B

Assistenza sanitaria integrativa globale

(la sua operatività è condizionata ed aggiuntiva all'attivazione della Garanzia A)

Termini di carenza

Massimale

Franchigia e scoperti

La garanzia decorre

- a) dopo 200 gg dal giorno di effetto della copertura;
- b) dopo 230 gg dal giorno di effetto della copertura per il parto;
- c) dopo 150 gg dal giorno di effetto della copertura per aborto terapeutico.

La garanzia non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione e per le conseguenze di infortunio avvenuto precedentemente alla decorrenza.

(I termini di carenza non vengono applicati qualora l'Assicurato sia stato assicurato nell'annualità precedente con polizza sanitaria di uguale portata stipulata attraverso le Casse o Enti di appartenenza aderenti ad EMAPI.

A conferma della posizione assicurativa di provenienza l'Assicurato dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, copia di un certificato attestante l'assicurazione dell'annualità precedente).

€ 260.000,00 anno/nucleo

Non previste

Nel caso, sia la struttura sanitaria sia il personale medico, siano **ambidue** convenzionati.

Prevista

Per quello dei due soggetti (o struttura sanitaria o personale medico) che non sia convenzionato.

Franchigia fissa di € 300,00 per sinistro e scoperto pari al 15% con un massimo di € 1.750,00.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Sintesi delle garanzie

Le prestazioni

Garanzia B

Assistenza sanitaria integrativa globale

(la sua operatività è condizionata ed aggiuntiva all'attivazione della Garanzia A)

Ricovero
(CON e SENZA intervento chirurgico)
ed intervento chirurgico ambulatoriale

Visite ed accertamenti pre-ricovero
(e ad esso correlati)

Rette di degenza

Accompagnatore

Visite ed accertamenti post-ricovero
(e ad esso correlati)

Parto cesareo

Durante il ricovero

Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero, inoltre tutte le prestazioni sanitarie.

In caso di intervento chirurgico

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

La copertura opera nei 90 giorni antecedenti al ricovero: esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

Per i soli ricoveri fuori rete convenzionata la garanzia è prestata con il limite di € 200,00 al giorno più il 50% della eccedenza.

Fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 gg.

La copertura opera nei 120 giorni successivi al ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);

Equiparato a ricovero con intervento ad eccezione delle spese pre ricovero, assistenza infermieristica individuale e retta accompagnatore.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Assistenza infermieristica privata individuale

Fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 gg per ricovero.

Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Sintesi delle garanzie

Le prestazioni

Garanzia B

Assistenza sanitaria integrativa globale

(la sua operatività è condizionata ed aggiuntiva all'attivazione della Garanzia A)

Parto fisiologico e aborto terapeutico

Day hospital

Diaria sostitutiva in caso di ricovero presso struttura pubblica

Extra-ospedaliera e domiciliari

Cure dentarie

Equiparato a parto cesareo con la precisazione che nei 120 gg. post-parto sono comprese solo 2 visite di controllo.

Se effettuato senza servizio di convenzionamento diretto il limite massimo di rimborso è di € 3.000,00 anno/nucleo.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico in cui la cartella clinica rimanga aperta per un periodo superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero.

Nel caso in cui non sia presentata richiesta di rimborso sono corrisposti:

- € 105,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 100 gg/ricovero;
- € 52,50 giornaliera in caso di Day hospital.

Fino ad un massimo di € 5.000,00 anno/nucleo.

Scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico, ciclo di terapia e visita specialistica; rimborso dei ticket al 100%.

È necessaria la prescrizione medica indicante la patologia o il sospetto diagnostico che ha reso necessaria la prestazione.

Extraospedaliere (vedi elenco I - prestazioni di **Alta diagnostica radiologica e Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici**);

sottolimito di € 1.800,00 anno/nucleo, fermo lo scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per visite specialistiche anche omeopatiche, accertamenti diagnostici (non compresi nell'elenco I) e agopuntura (purché effettuata da medico).

Non vengono rimborsate le analisi di laboratorio, la fisioterapia, le visite pediatriche e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

a) € 2.000,00 anno/nucleo per cure dentarie a seguito di infortunio certificato da referto di pronto soccorso.

b) € 3.000,00 anno/nucleo per protesi dentarie a seguito di infortunio certificato da referto di pronto soccorso (massimo di € 400,00 per elemento di protesi).

c) Visita di controllo e ablazione del tartaro esclusivamente in strutture convenzionate (operante per il solo caponucleo).

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Le prestazioni

Garanzia B

Assistenza sanitaria integrativa globale

(la sua operatività è condizionata ed aggiuntiva all'attivazione della Garanzia A)

Altre garanzie

Prestazioni di assistenza

Elenco I - Alta diagnostica e terapie

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

Amniocentesi, Angiografia, Arteriografia, Artrografia, Broncografia, Broncoscopia, Cateeterismo cardiaco, Cisternografia, Cistografia, Clisma opaco, Colangiografia, Colangiografia percutanea, Colecistografia, Coronarografia, Crioterapia, Dacriocistografia, Discografia, Doppler, Ecocardiografia, Ecocolordoppler, Ecodoppler, Ecotomografia, Elettrocardiografia, Elettroencefalografia, Elettromiografia, Elettroscopia, Endoscopia, Fistolografia, Flebografia, Fluorangiografia, Galattografia, Holter,

a) Check-up (operante per il solo caponucleo) una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione: prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame urine.

In alternativa la Società rimborsa le garanzie sopra elencate col limite di € 250,00 anno/persona.

Per gli uomini: elettrocardiogramma da sforzo.

Per le donne: ecodoppler arti inferiori.

In aggiunta oltre i 50 anni di età:

- per gli uomini (una volta l'anno): PSA (specifico antigene prostatico);
- per le donne (una volta ogni due anni): mammografia.

Rientro dal ricovero di primo soccorso;

viaggio di un familiare all'estero;

b) Per i bambini assicurati di età inferiore ai 3 anni le garanzie sono operative anche per eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti.

c) Cure per il neonato nel primo mese di vita sono in copertura le spese sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo e tutte le spese connesse, ferma la condizione che entro un mese il neonato venga formalmente inserito nel nucleo familiare assicurato.

invio di medicinali urgenti all'estero;

rimpatrio sanitario.

Isterosalpingografia, Linfografia, Mammografia, Mielografia, Moc, Oronografia, Pneumoencefalografia, Retinografia, Risonanza Magnetica Nucleare, Rx esofago, Rx tubo digerente, Scialografia, Scintigrafia, Splenoportografia, Tomografia a Emissione di Positroni (PET), Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Tomografia logge renali, Tomoxerografia, Tomografia torace, Tomografia in genere, Urografia, Vesciculodeferentografia, Villocentesi.

Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici

Chemioterapia, Radioterapia, Dialisi, Laserterapia a scopo fisioterapico.

Si fa presente che le suindicate informazioni costituiscono una sintesi meramente esemplificativa e non esaustiva delle condizioni generali e particolari di polizza.

Servizi di informazione

Per informazioni su adesioni, tipologie di copertura o versamenti contribuiti è possibile telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle 12.30 e dalle 15.00 alle 16.30 al numero



al costo di una chiamata urbana con esclusione del distretto di Roma e dei telefoni cellulari.

Per il distretto di Roma e per i cellulari 06 44250196.

Oppure consultare il sito web www.emapi.it

Servizi di prenotazione in strutture convenzionate

Per informazioni sulle strutture convenzionate e per prenotazioni telefonare al Call Center



Per le chiamate nazionali, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Per le chiamate dall'estero 02 40959672.

Servizi di assistenza

Per attivare le prestazioni di assistenza telefonare al Call Center



Per le chiamate dall'estero 02 58245305.

Servizi di front office

Per informazioni sulle richieste di indennizzo e rimborsi ricevuti dall'iscritto è possibile chiamare dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 al numero **02 40959060.**

Per richiedere informazioni riguardo alle richieste di indennizzo già presentate da almeno 30 giorni, ovvero avere chiarimenti circa rimborsi ricevuti è anche possibile scrivere una mail all'indirizzo **Emapi@generaligroup.com**, indicando: cognome e nome dell'Assicurato; data in cui è stata spedita la richiesta di rimborso; n° danno, se conosciuto; motivo della richiesta.

Il servizio non fornisce risposte inerenti richieste di chiarimenti in merito alla portata della garanzia e a quesiti di parere preventivo.

Il servizio comprende.

Accesso alla rete di Centri Clinici Convenzionati e di Équipes Mediche Convenzionate.

Per rete di Centri Clinici Convenzionati si intende l'insieme delle **strutture sanitarie** (Ospedali, Case di Cura) e **dei professionisti convenzionati** con GBS - AL - Generali Business Solutions - Area Liquidativa, alla quale l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Infatti, l'Assicurato che debba essere ricoverato potrà avvalersi della Centrale Operativa per effettuare la prenotazione della struttura sanitaria convenzionata ed usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero.

Allo stesso modo, l'Assicurato potrà avvalersi della Centrale Operativa per effettuare la prenotazione dell'èquipe medica convenzionata e usufruire così del pagamento diretto per la spesa dei relativi onorari.

Prenotazione del Centro Clinico Convenzionato, nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico.

Qualora l'Assicurato necessiti di una prenotazione per un ricovero, con o senza intervento chirurgico, è sufficiente che contatti la Centrale Operativa.

Valutate le specifiche esigenze cliniche dell'Assicurato, ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, la Centrale Operativa prenoterà il ricovero in nome e per conto dell'Assicurato presso il Centro Clinico convenzionato ed, eventualmente, con l'èquipe medica convenzionata, dandone conferma telefonica all'Assicurato.

L'effettuazione della prenotazione da parte della Centrale Operativa non comporta la presa in carico del sinistro né la conferma della copertura, che avviene solo con la presentazione della documentazione medica.

Descrizione delle attività della Centrale Operativa per la procedura di pagamento diretto dei ricoveri nei Centri Clinici Convenzionati

Pagamento diretto delle spese garantite nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato e con una Equipe Medica Convenzionata.

Qualora l'Assicurato, dopo avere preso contatto con la Centrale Operativa, decida di avvalersi di un Centro Clinico e di una equipe medica convenzionati, a ricovero avvenuto, la Centrale Operativa pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione - se dovuta - della franchigia, che dovrà essere comunque versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà invece provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a Suo carico per prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

All'atto del ricovero presso un Centro Medico Convenzionato, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra Centro Medico Convenzionato e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

Pagamento diretto delle spese garantite nel caso di ricoveri con o senza intervento chirurgico eseguiti in un Centro Clinico Convenzionato con Equipe Medica non Convenzionata.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di un Centro Clinico Convenzionato, a ricovero avvenuto, la Centrale Operativa pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione - se dovuta - della franchigia, che dovrà essere comunque versata dall'Assicurato al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a suo carico per prestazioni non indennizzabili e degli onorari dell'Èquipe Medica non Convenzionata, per i quali potrà inviare richiesta di rimborso.

Anche in questo caso all'atto del ricovero presso il Centro Clinico Convenzionato, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno".

Il servizio di pagamento diretto non sarà possibile nei seguenti casi:

- a) quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa;
- b) quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa;
- c) quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture convenzionate.

In alternativa, l'Assicurato potrà rivolgersi a istituti di cura non convenzionati con la Centrale Operativa provvedendo personalmente al pagamento delle spese.

In tutti i casi per i quali è previsto il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, Questi deve presentare la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica.

Il servizio di prenotazione e pagamento diretto da parte della Centrale Operativa non esclude la facoltà dell'Assicurato di ricorrere a strutture mediche e/o a medici non convenzionati. In questo caso peraltro l'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese richiedendone successivamente il rimborso nei termini e con le modalità previsti dal contratto (pagamento a rimborso).

L'elenco dei Centri Clinici Convenzionati rappresenta una guida di facile e rapida consultazione per l'accesso alla rete delle strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa.

Tale rete convenzionata è suscettibile di modifiche nel corso dell'anno, potendo GBS - AL stipulare nuovi accordi o recedere da convenzioni in essere nel periodo di validità del servizio reso in favore degli assicurati di EMAPL.

Pertanto l'elenco ha valore orientativo per l'Assicurato.

Introduzione ai Centri Clinici Convenzionati

La Centrale Operativa provvede alla revisione costante della propria Banca Dati, potendo fornire all'Assicurato un servizio sempre aggiornato.

Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa.

Inoltre, la Centrale Operativa trasmette con cadenza mensile ad EMAPI l'elenco aggiornato dei Centri Clinici Convenzionati affinché se ne possa dare tempestiva pubblicità agli Assicurati per il tramite della pubblicazione su apposito sito web www.emapi.it.

Tali premesse qualificano l'esigenza che la Centrale Operativa venga attivata in via preliminare da parte dell'Assicurato quanto prima, in modo che la Centrale stessa possa garantire la presa in carico due giorni prima della data del ricovero, chiamando dall'Italia il numero verde **800 545 800** o dall'estero il numero **02 40959672** comunicando: nome e cognome, numero di polizza e recapito telefonico, per poter garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato.

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa l'Assicurato dovrà anticipare via fax al numero **041 2598849** o via e-mail ricoveri@generaligroup.com la prescrizione medica con l'indicazione della prestazione da effettuare con la relativa diagnosi.

All'atto dell'effettuazione della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata 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.

Le richieste di rimborso vanno inviate alla Casella postale n.2448 - Ufficio Postale Roma I 58 - Via Marsala 39 - 00185 Roma.

Le richieste vanno formulate sull'apposito modulo scaricabile dal sito web www.emapi.it e ad esso vanno allegati gli originali (nel caso della cartella clinica la copia conforme all'originale) più una copia di ogni documento utile ai fini del rimborso.

Introduzione

Gli Associati della EMAPI potranno usufruire di nuovi servizi per la cura dentale erogati da PRONTO CARE, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i dentisti convenzionati presenti su tutto il territorio nazionale.

Il servizio prevede

- Pagamento diretto da parte di Assicurazioni Generali delle cure erogate in rete.
- Coordinamento e assistenza nella gestione degli appuntamenti.
- Informazioni sui dentisti e sulle tariffe.
- In caso di emergenza odontoiatrica, supporto nella ricerca del dentista disponibile.
- Richiesta di invio sms sul cellulare per ricordare l'appuntamento.

Accesso al servizio

Per usufruire del servizio l'Assicurato dovrà contattare PRONTO CARE al Numero Verde 800 197397 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 festivi esclusi o tramite e-mail all'indirizzo info@pronto-care.com

L'Assicurato è tenuto a contattare sempre il Servizio Clienti prima di effettuare una visita o una prestazione odontoiatrica eccetto i casi di emergenza che si verifichino al di fuori dell'orario di servizio; in quest'ultimo caso è tenuto comunque a contattare il Servizio Clienti entro tre giorni lavorativi successivi all'evento.

Cure odontoiatriche "in rete"

Gli studi dentistici convenzionati sono gli studi presso i quali l'Assicurato può rivolgersi previa autorizzazione telefonica del Servizio Clienti per usufruire delle prestazioni garantite dalla polizza che verranno pagate direttamente dalla Società con le modalità e nei tempi previsti dalla stessa.

Ulteriori informazioni su PRONTO CARE e l'elenco dei dentisti convenzionati sono disponibili sul sito www.pronto-care.com

Procedura operativa per la prevenzione dentaria

Garanzia attiva
per il solo caponucleo
che aderisca
al programma di assistenza
sanitaria integrativa
Sezione Garanzie "B"

Servizi di informazione

Per informazioni su adesioni, tipologie di copertura o versamenti contribuiti è possibile telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle 12.30 e dalle 15.00 alle 16.30 al numero



al costo di una chiamata urbana con esclusione del distretto di Roma e dei telefoni cellulari.

Per il distretto di Roma e per i cellulari 06 44250196.

Oppure consultare il sito web www.emapi.it

Servizi di prenotazione in strutture convenzionate

Per informazioni sulle strutture convenzionate e per prenotazioni telefonare al Call Center



Per le chiamate nazionali, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Per le chiamate dall'estero 02 40959672.

Servizi di assistenza

Per attivare le prestazioni di assistenza telefonare al Call Center



Per le chiamate dall'estero 02 58245305.

Servizi di front office

Per informazioni sulle richieste di indennizzo e rimborsi ricevuti dall'iscritto è possibile chiamare dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 al numero **02 40959060.**

Per richiedere informazioni riguardo alle richieste di indennizzo già presentate da almeno 30 giorni, ovvero avere chiarimenti circa rimborsi ricevuti è anche possibile scrivere una mail all'indirizzo **Emapi@generaligroup.com**, indicando: cognome e nome dell'Assicurato; data in cui è stata spedita la richiesta di rimborso; n° danno, se conosciuto; motivo della richiesta.

Il servizio non fornisce risposte inerenti richieste di chiarimenti in merito alla portata della garanzia e a quesiti di parere preventivo.

Informativa e consenso ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 196/2003

Con l'entrata in vigore del Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali, recante disposizioni per la tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, EMAPI (di seguito Ente), in qualità di Titolare del trattamento, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali, sensibili trattati.

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, "Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali", che i dati personali da Lei obbligatoriamente forniti a questo Ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative e contrattuali vigenti - inerenti alla gestione effettuata dall'Ente - potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, anche qualora i dati non siano registrati in una banca dati, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati

Tali dati verranno trattati per finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto intercorrente per l'attività di EMAPI e per le stesse autorizzati. In particolare i dati verranno trattati:

- 1** per consultazione interna della documentazione ai fini del mantenimento di archivi cartacei ed informatici;
- 2** per la gestione di pratiche aperte fino alla chiusura delle stesse, ed ogni dato ivi compreso sia di provenienza diretta dell'interessato, che di Terzo;
- 3** per la gestione di polizze e di mandati destinati all'Interessato e/o al Suo nucleo familiare e per tutti gli adempimenti conseguenti, in qualunque sede gestiti e discussi;
- 4** per fini di legge (per adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi o per eseguire specifici compiti previsti da leggi, da regolamenti o da contratto in essere ovvero dalla normativa comunitaria, in materia di tutela della salute, dell'ordine e della sicurezza pubblica).

Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà esser effettuato oltre che con strumenti manuali anche attraverso strumenti automatizzati (sia informatici che telematici) atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno:

- trattati in modo lecito e secondo correttezza;
- raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi;
- esatti e, se necessario, aggiornati;
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle formalità del trattamento;
- comunicati secondo prescrizioni previste da D. Lgs. 196/2003 a destinatari, quali società di servizi e di consulenza, necessari alla gestione di cui ai punti 1,2,3,4 inerenti il paragrafo "Finalità del trattamento cui sono destinati i dati".

I dati personali, ed in particolare quelli sensibili eventualmente trattati non saranno oggetto di diffusione sebbene possano essere conosciuti dai soggetti nominati incaricati e responsabili del trattamento quali dipendenti e collaboratori dell'EMAPI nonché dai soggetti che ricoprono cariche sociali.

Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

La informiamo altresì che, ferma restando la richiesta del Suo consenso nei casi previsti dalla legge, il predetto trattamento dei dati personali inerenti, connessi alla gestione delle attività di EMAPI per l'intestatario e per la propria famiglia e/o Interessati Terzi, potrà essere effettuato:

- 1** da Società, enti o consorzi che forniscano a questo Ente servizi elaborativi o che svolgano attività strumentali a tale servizio;
- 2** da soggetti ai quali la facoltà di accedere ai Suoi dati personali sia riconosciuta da disposizioni di legge o di normativa secondaria o comunitaria;
- 3** da soggetti ai quali la comunicazione dei Suoi dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale alla gestione delle attività di EMAPI (gestione di cui ai punti 1,2,3,4 inerenti il paragrafo "Finalità del trattamento cui sono destinati i dati");
- 4** da Aziende Terze connesse al ciclo assicurativo e riassicurativo per la completa gestione delle pratiche.

Diritti dell'interessato - Art.7

Informiamo infine, che l'art. 7 del Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali conferisce ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare: l'interessato può ottenere dal titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o no di propri dati personali e che tali dati vengano messi a Sua disposizione in forma intelligibile.

L'interessato può, altresì, chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'interessato avrà diritto ad ogni trattamento previsto dal succitato art.7 del D. Lgs. 196/2003.

Conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere

Le facciamo presente inoltre che "l'eventuale rifiuto di rispondere", al momento della raccolta delle informazioni, può comportare l'oggettiva impossibilità per questa società di osservare obblighi di legge e/o di contratto.

Estremi identificativi del Titolare Trattamento Dati e Responsabile Trattamento Dati

Si rende edotto che viene indicato quale Titolare del trattamento dei dati EMAPI Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani e come responsabile del Trattamento dei dati nella persona del Presidente, legale rappresentante dell'Ente, Dott. Demetrio Houlis.

Per eventuali domande riguardo il rispetto della privacy e per l'implementazione, la modifica o la cancellazione dei propri dati personali rivolgersi direttamente ai contatti indicati sul sito www.emapi.it.

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del d. Lgs. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopra-citati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati - alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽⁵⁾ - non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁶⁾.

Titolare del trattamento è la Società che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il rispetto all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 è il Servizio Privacy di Gruppo.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Servizio (Servizio Privacy di Gruppo - Assicurazioni Generali S.p.A. - Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV), tel. 041 5 492 599 - fax 041 5 492 235). Il sito www.generalis.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

Luogo e data _____

Nome e cognome dell'/gli interessato/i (leggibili) _____

Firma _____

NOTE

(1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D.Lgs. 196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

(2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'Assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).

(3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario o che La qualificano come danneggiato (v. polizze di responsabilità civile); banche dati che vengono consultate in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa.

(4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori legali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi; società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili (v. CID) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, nonché altri organismi istituzionali, nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria, tra cui ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (v. Ufficio Italiano Cambi, Banca Dati ISVAP, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione). Per quanto qui non indicato, tali distinti Titolari forniranno una specifica informativa sul trattamento dei dati personali da essi effettuato.

(5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio o la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.

(6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Definizioni

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato.

Abitazione

Dimora abituale dell'Assicurato.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione.

Assicuratore o Società

La Compagnia assicuratrice aggiudicataria.

Assicurato

La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

Assistenza diretta

Prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.

Assistenza Infermieristica

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

Associata

La singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula attraverso il Certificato di assicurazione l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.

Certificato

Il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.

Contraente

Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito solamente EMAPI che stipula solo la presente Convenzione.

Convalescenza

Il periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Convenzione

La disciplina che regola i rapporti tra EMAPI, le Associate e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni generali di Convenzione, dalle Condizioni generali di assicurazione e dalle norme contenute nelle sezioni garanzie “A” e “B” .

Day hospital

Degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.

Data evento

Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Difetto fisico

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

Difetto fisico preesistente

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Personale medico convenzionato

Professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Franchigie e scoperti

L'importo delle spese sostenute, se indennizzabili a norma di polizza, che rimane a carico dell'Assicurato.

Grandi Interventi

Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Gravi Eventi Morbosi

Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Definizioni

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Iscritto

Professionista iscritto alle Cassa o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.

Istituto di cura

Ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusione di stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituti di cura convenzionati

Le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

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

Massimale

Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Polizza

Documento che prova l'assicurazione.

Premio

Somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Ricovero

Degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio

Probabilità che si verifichi un sinistro.

Sinistro

Verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società delegataria

La Compagnia prescelta dalle Società co-assicuratrici a stipulare il contratto.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Condizioni generali di Convenzione

Valide per la Sezione Garanzie “A” e per la Sezione Garanzie “B”

Art. 1 - Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati in conseguenza d'infortunio, malattia e parto nei termini, nella misura e con le modalità, anche di erogazione diretta delle prestazioni, indicate nella Convenzione stessa.

Art. 2 - Assicurati

2.1 - Le garanzie di cui alla presente convenzione, della “Sezione A”, sono prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva.

2.2 - Le garanzie della “Sezione A” sono estese a:

- a) Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, che non siano nelle condizioni di erogare ai loro iscritti la copertura a carico del proprio bilancio;
- b) Pensionati delle Casse ed Enti tali da non più di due anni dalla attribuzione del certificato di assicurazione alla rispettiva Cassa o Ente;
- c) Dipendenti di Casse ed Enti aderenti ad EMAPI;
- d) Nuclei familiari interi degli assicurati.

2.3 - Per l'adesione alla “Sezione Garanzia B” ulteriore condizione, oltre a quelle sopra citate è l'attivazione della “Sezione Garanzia A”.

2.4 - Viene prevista la possibilità per i coniugi e i figli superstiti di iscritti deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dalla presente Convenzione dietro pagamento del relativo premio annuo.

2.5 - L'iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza del Certificato ed il relativo nucleo familiare rimarranno in copertura fino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire della copertura assicurativa mediante pagamento del relativo premio e la compilazione dell'apposito modulo di riadesione.

2.6 - L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza di certificato non potranno più essere reinseriti.

Art. 3 - Limiti di età e persone non assicurabili

Per coniuge o convivente more uxorio, per il quale l'iscritto alle rispettive Casse richieda l'estensione della copertura, è previsto il limite di età massimo di 90 anni.

Nel caso di compimento dei 90 anni di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale di premio.

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

Per gli altri soggetti di cui all'art. 2) lett. a), b) e c) delle Condizioni di cui sopra non è previsto alcun limite di età.

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, sindrome da HIV, alcolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini di cui all'art. 1898 del C.C. In tal caso il premio viene rimborsato.

Art. 4 - Nucleo familiare

Il nucleo familiare è composto dal caponucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, degli iscritti.

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi.

Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

Art. 5 - Termini di decadenza per le adesioni

Per le adesioni in forma individuale da parte dei soggetti di cui al secondo comma dell'art. 2 delle Condizioni di cui sopra nonché per le adesioni individuali della garanzia di cui al comma 3 dello stesso art. 2, è previsto un termine di 90 giorni, dalla adesione alla Convenzione della Associata di riferimento.

Art. 6 - Variazioni in corso d'anno degli assicurati

Inclusione di nuovi iscritti individualmente in corso d'anno
Possono essere, altresì, assicurati i professionisti che si iscriveranno alle rispettive Casse nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione alla Cassa e Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime.

Inclusione di nuclei familiari
L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto all'art. 5 delle Condizioni di cui sopra è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite o adozioni. In questo caso il coniuge oppure il figlio potranno essere inseriti in polizza entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Società sempre che sia stato pagato il relativo premio.

Esclusione di iscritti in corso d'anno
Il venir meno dei requisiti di cui all'art. 2, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

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

Art. 1 - Assicurazione per conto Altri

La presente assicurazione è stipulata per conto Altri per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Associata, e laddove specificato, dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 - Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o internazionale) dove si verifica il sinistro.

Art. 3 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, tuttavia l'esclusione non opera per i minori di tre anni;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi comportanti intervento chirurgico;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza e non preesistenti al contratto);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;

**Valide per la Sezione
Garanzie "A"
e per la Sezione
Garanzie "B"**

**Valide per la Sezione
Garanzie “A”
e per la Sezione
Garanzie “B”**

- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 4 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associata.

Art. 5 - Altre assicurazioni

L'Associata è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

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

Art. 6 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata, oppure con telegramma, o con telefax e posta elettronica certificata.

Art. 7 - Rinuncia al recesso dal contratto

La Società in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza.

Art. 8 - Eventi per i quali è prestata l'assicurazione

La presente assicurazione è prestata per gli eventi indicati alla "Sezione Garanzia A" art. 3 e negli elenchi I e II e alla "Sezione Garanzie B" negli articoli dal 4 al 10.

Art. 9 - Anticipi

Nel caso di ricovero per i quali l'istituto di cura richiama il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, potrà essere richiesta alla Società dall'Assicurato o, nel caso di sua anche temporanea incapacità, da un Suo familiare una somma massima pari al 80% delle somme preventive dall'Istituto di cura, salvo conguaglio al termine del ricovero.

Detta richiesta dovrà essere corredata da una relazione medica sull'intervento che consenta di valutare l'operatività della garanzia, il preventivo dell'intervento stesso, la richiesta della casa di cura del versamento di un anticipo. In presenza di documentazione completa l'anticipo sarà reso disponibile all'Assicurato entro dieci giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

Art. 10 - Denuncia del sinistro

L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

Art. 11 - Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio, nonché la necessità della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

L'Assicurato è obbligato a presentare copia conforme all'originale della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o il quesito diagnostico.

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. La documentazione, a parte la cartella clinica, come sopra specificato, deve essere presentata in originale.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente Assistenziale o Compagnia Assicuratrice per ottenere lo stesso rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dell'Assicurato solo su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato nonché copia del documento comprovante il rimborso effettuato. Il rimborso effettuato dai predetti, Ente Assistenziale o Assicuratore, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto posto a carico dell'Assicurato ed indicato alle specifiche garanzie delle "Sezioni A" e "B".

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente Assistenziale o Compagnia Assicuratrice, è pari o superiore alla franchigia prevista dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Compagnia fino a concorrenza del massimale previsto.

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società con un preavviso di almeno due giorni. La Società mette a disposizione la propria centrale operativa tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eventuali scoperti e franchigie previste alle singole garanzie e per spese eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero, ad eccezione delle spese di degenza, verranno liquidate con le modalità previste alla lett. b) del presente articolo.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie delle "Sezioni A" e "B".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla sede di liquidazione della Società, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

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

La Società procederà alla liquidazione entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione attinente il sinistro.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

c) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista agli articoli relativi alla garanzia “Indennità Sostitutiva” di cui all’articolo 3.4 della Sezione A, all’art. 4.5 della Sezione B. Qualora l’Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nel limite del massimale Assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti; in questo caso non verrà corrisposta l’“Indennità sostitutiva”.

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) o alla lett. b) del presente articolo in dipendenza dell’esistenza di un regime di convenzionamento.

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell’Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente b).

Nel caso di richiesta di corresponsione dell’indennità sostitutiva, l’Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all’originale.

Art. 12 - Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da quattro membri designati due dalla EMAPI e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell’esecuzione del contratto, con riferimento all’adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l’andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 13 - Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'art. 12, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma. L'arbitrato avrà sede in Roma.

Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 14 - Foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 15 - Garanzie accessorie

(Valide per la "Sezione Garanzie A" e per la "Sezione Garanzie B")

Art. 15.1 - Servizi di informazione

La Società presterà i seguenti servizi di consulenza attraverso il Call Center, munito di numero verde dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. Detto servizio potrà essere richiesto anche dall'estero.

a) Informazioni telefoniche

Il Call Center attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

Il Call Center fornisce a richiesta dell'Assicurato un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano assicurativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

Art. 15.2 - Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dal Call Center per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde.

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, il Call Center invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

All'estero

b) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, il Call Center, 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.

c) 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 irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), il Call Center 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.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

d) 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 del Call Center e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, il Call Center 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, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

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

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.

Il Call Center, 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.

Art. 16 - Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste sul bando di gara e nella presente Convenzione, la Società concorderà la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi

Art. 1 - Massimale Assicurato

€ 360.000,00 per nucleo e per anno.

Art. 2 - Franchigia e Scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300,00 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell'Assicurato di € 2.000,00.

Nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e personale medico, ambedue convenzionati, le prestazioni sono riconosciute senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 3 - Prestazioni Assicurate

Art. 3.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese:

- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) per diritti di sala operatoria;
- c) per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) per rette di degenza;
- f) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie radianti e chemioterapiche effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale Assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

- g) per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 110,00** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di **€ 2.600,00** massimo per anno;
- i) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di **€ 2.000,00** per ricoveri in Stati della UE ed **€ 4.000,00** per ricoveri nel resto del mondo;
- j) per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.200,00** per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- k) per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.000,00** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza.

Art. 3.2 - Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di **€ 13.000,00** per anno.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.1 ai punti h), i), j), k).

Art. 3.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;

d) spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale ed entro il massimo rimborsabile di € 15.500,00 per Assicurato e per anno.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.1 ai punti i), j), k).

Art. 3.4 - Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento o grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di € 155,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato.

Art. 3.5 - Day hospital

Day hospital senza intervento chirurgico la degenza in Istituto di cura in regime di Day hospital senza intervento chirurgico superiore a tre giorni è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di cura.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Art. 4 - Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'Assicurato, iscritto ad una Cassa o Ente di Previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva, un'invalidità permanente parziale di grado superiore al 66% la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale Assicurato ovvero ad € 40.000,00.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata ad EMAPI entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

La presente garanzia integrativa alla Sezione Garanzie "A" si intende valida solo per gli Enti o Casse, aderenti ad EMAPI che ne faranno esplicita richiesta ed in ogni caso avrà validità esclusivamente per i soli iscritti in forma collettiva.

Le richieste di rimborso vanno inviate alla Casella postale n.2448 - Ufficio Postale Roma I 58 - Via Marsala 39 - 00185 Roma.

Le richieste vanno formulate sull'apposito modulo scaricabile dal sito web www.emapi.it e ad esso vanno allegati gli originali (nel caso della cartella clinica la copia conforme all'originale) più una copia di ogni documento utile ai fini del rimborso.

- A) Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di **tumori maligni**, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i **tumori benigni**, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi 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.
- B) **Interventi per trapianti: tutti**
- C) **Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi**
- D) **Interventi di neurochirurgia per**
- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - 3) intervento per encefalomeningocele;
 - 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
 - 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
 - 9) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningo-midollari;
 - 10) neurotomia retrogasseriana;
 - 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
 - 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);

Elenco I **Grandi Interventi** **Chirurgici**

- 13) vagotomia per via toracica;
 - 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
 - 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.
- E) Interventi di cardiocirurgia per**
- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
 - 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.
- F) Interventi di chirurgia vascolare per**
- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
 - 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
 - 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
 - 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
 - 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - 6) by-pass aortocoronarico.
- G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per**
- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
 - 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
 - 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
 - 4) anchilosi temporo-mandibolare.
- H) Interventi di chirurgia generale per**
- 1) diverticolosi esofagea;
 - 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
 - 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
 - 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
 - 5) cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
 - 6) pancreatite acuta;

- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza.

l) Interventi di chirurgia urogenitale per

- 1) fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;

Elenco I **Grandi Interventi Chirurgici**

- 8) cistoprostatovescicolectomia;
 - 9) leocisto plastica;
 - 10) colecisto plastica;
 - 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- J) **Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per**
- 1) odontocheratoprotesi;
 - 2) timpanoplastica;
 - 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
 - 4) chirurgia translabirintica della vertigine;
 - 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretazione, ecc);
 - 6) chirurgia della sordità otosclerotica.
- K) **Interventi di chirurgia toracica per**
- 1) pneumectomia totale o parziale;
 - 2) lobectomia polmonare;
 - 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
 - 4) interventi per fistole bronchiali;
 - 5) interventi per echinococchi polmonare.
- L) **Interventi di chirurgia pediatrica per**
- 1) idrocefalo ipersecretivo;
 - 2) polmone cistico e policistico;
 - 3) atresia dell'esofago;
 - 4) fistola dell'esofago;
 - 5) atresia dell'ano semplice:abbassamento addomino-perineale;
 - 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
 - 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
 - 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
 - 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

- A) Infarto miocardico acuto.
- B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - I. dispnea;
 - II. edemi declivi;
 - III. aritmia;
 - IV. angina instabile;
 - V. edema o stasi polmonare;
 - VI. ipossiemia.
- C) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali - accertamenti e cure.
- D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - I. ulcere torbide;
 - II. decubiti;
 - III. neuropatie;
 - IV. vasculopatie periferiche;
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.
- F) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- G) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Le richieste di rimborso vanno inviate alla Casella postale n. 2448 - Ufficio Postale Roma I 58 - Via Marsala 39 - 00185 Roma.

Le richieste vanno formulate sull'apposito modulo scaricabile dal sito web www.emapi.it e ad esso vanno allegati gli originali (nel caso della cartella clinica la copia conforme all'originale) più una copia di ogni documento utile ai fini del rimborso.

Ricovero extraospedaliero domiciliari

Piano copertura assicurativa integrativa alle garanzie Sezione “A”

Premessa

La presente sezione ha lo scopo di dare la possibilità di attivare, ad adesione individuale, una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della Garanzia “A”. La stessa ha come presupposto per la sua operatività l’attivazione della Garanzia “A”.

Art. 1 - Massimale

Il massimale Assicurato per il complesso delle Garanzie “B” è pari a **€ 260.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 2 - Periodo di carenza

La presente Garanzia “B” non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della polizza. Le garanzie previste nel presente contratto sono attivate 200 giorni dopo l’adesione. Il predetto periodo di carenza è elevato a 230 giorni per il parto e a 150 giorni per l’aborto terapeutico.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l’Assicurato sia stato assicurato nell’annualità precedente con polizza rimborso spese mediche stipulata attraverso le Casse ed Enti di Previdenza di appartenenza ed aderenti ad EMAPI. A conferma della posizione assicurativa di provenienza l’Assicurato dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, copia di un certificato attestante l’assicurazione dell’annualità precedente.

Art. 3 - Franchigia e scoperto

La prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con una franchigia fissa di € 300,00 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo a carico dell’Assicurato di € 1.750,00. Nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e personale medico, ambedue convenzionati, le prestazioni sono riconosciute senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4 - Ricovero

Art. 4.1 - Ricovero in Istituto di cura

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

- a) pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e visite specialistiche effettuati nei 90 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; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
- c) assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero, inoltre tutte le prestazioni sanitarie. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso;
- d) rette di degenza: per i soli ricoveri fuori rete convenzionata la garanzia è prestata con il limite di € 200,00 al giorno più il 50% della eccedenza.

Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva;
- e) accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera.
La garanzia è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
- f) assistenza infermieristica privata individuale: assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

g) post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Sono compresi in garanzia i medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

Art. 4.2 - Day hospital

Nel caso di Day hospital senza intervento chirurgico superiore a tre giorni, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 4.1 della presente Sezione.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Art. 4.3 - Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 4.1 "Ricovero in Istituto di cura", lettere a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero".

Art. 4.4 - Parto e aborto

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Società liquida le spese per le prestazioni di cui al punto 4.1 della presente Sezione lett. b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, d) Rette di degenza, g) Post-ricovero.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 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 nei 120 giorni successivi al parto.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni previste al punto 4.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza” e un numero massimo di due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto, vengono rimborsate con il massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare; nell’ambito di questo massimale non è operante alcuna altra limitazione.

Art. 4.5 - Indennità sostitutiva

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di € 105,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ricovero.

Tale indennità non verrà corrisposta qualora il sinistro sia già stato liquidato nella Sezione “A” della presente Convenzione.

Nel caso di Day hospital l’indennità giornaliera corrisposta è pari a € 52,50.

Art. 5 - Extraospedaliere e domiciliari

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 5.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico, ciclo di terapia e visita specialistica.

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

a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

Amniocentesi	Fistolografia
Angiografia	Flebografia
Arteriografia	Fluorangiografia
Artrografia	Galattografia
Broncografia	Holter
Broncoscopia	Isterosalpingografia
Cateterismo cardiaco	Linfografia
Cisternografia	Mammografia
Cistografia	Mielografia
Clisma opaco	Moc
Colangiografia	Oronografia
Colangiografia percutanea	Pneumoencefalografia
Colecistografia	Retinografia
Coronarografia	Rx esofago, Rx tubo digerente
Crioterapia	Scialografia
Dacriocistografia	Splenoportografia
Discografia	Tomografia torace, Tomografia in genere
Doppler	Tomografia logge renali, Tomoxerografia
Ecocardiografia	Urografia
Ecocolor Doppler	Vesciculodeferentografia
Ecodoppler	Elettromiografia
Ecotomografia	Risonanza Magnetica Nucleare
Elettrocardiografia	Scintigrafia
Elettroencefalografia	Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Elettroscopia	Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
Endoscopia	Villocentesi

b) Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici

Chemioterapia, Radioterapia, Dialisi, Laserterapia a scopo fisioterapico.

c) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici e degli esami di laboratorio.

È altresì previsto il rimborso delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Il complesso delle prestazioni alla presente lettera c) viene rimborsato con un limite di € 1.800,00 per anno e per nucleo familiare.

Art. 6 - Protesi dentarie da infortunio

La Società rimborserà all'Assicurato, fino a concorrenza di € 3.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso, con il limite di € 400,00 per ogni elemento di protesi dentaria.

Art. 7 - Check up (operante per il solo iscritto caponucleo)

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione:

- prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, esame urine.

Inoltre: per gli uomini: elettrocardiogramma da sforzo.

Per le donne: ecodoppler arti inferiori.

In aggiunta oltre i 50 anni di età: per gli uomini (una volta l'anno): PSA (specifico antigene prostatico).

Per le donne (una volta ogni due anni): mammografia.

In alternativa, la Società rimborsa le spese che ciascun assicurato sostenga per effettuare le prestazioni di cui al presente articolo fino a concorrenza dell'importo di € 250,00, da intendersi come disponibilità massima per annualità assicurativa e per iscritto assicurato.

Art. 8 - Cure dentarie da infortunio

La Società rimborserà all'Assicurato, fino a concorrenza di € 2.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso.

Art. 9 - Prevenzione dentaria (operante per il solo iscritto caponucleo)

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno ed in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione: visita di controllo, ablazione tartaro.

Art. 10 - Cure per il neonato nel primo mese di vita

La Società rimborsa, nell'ambito del massimale della garanzia ricovero di cui all'art. I della presente Sezione, le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano nelle garanzie prestate dalla polizza le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse.

La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 30° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.

In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

Le richieste di rimborso vanno inviate alla Casella postale n.2448 - Ufficio Postale Roma I 58 - Via Marsala 39 - 00185 Roma.

Le richieste vanno formulate sull'apposito modulo scaricabile dal sito web www.emapi.it e ad esso vanno allegati gli originali (nel caso della cartella clinica la copia conforme all'originale) più una copia di ogni documento utile ai fini del rimborso.

Per informazioni su adesioni, tipologie di copertura o versamenti contribuiti è possibile telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle 12.30 e dalle 15.00 alle 16.30 al numero



al costo di una chiamata urbana con esclusione del distretto di Roma e dei telefoni cellulari.

Per il distretto di Roma e per i cellulari 06 44250196.

Oppure consultare il sito web www.emapi.it

Per informazioni sulle strutture convenzionate e per prenotazioni telefonare al Call Center



Per le chiamate nazionali, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Per le chiamate dall'estero 02 40959672.

Per attivare le prestazioni di assistenza telefonare al Call Center



Per le chiamate dall'estero 02 58245305.

Per informazioni sulle richieste di indennizzo e rimborsi ricevuti dall'iscritto è possibile chiamare dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 al numero **02 40959060.**

Per richiedere informazioni riguardo alle richieste di indennizzo già presentate da almeno 30 giorni, ovvero avere chiarimenti circa rimborsi ricevuti è anche possibile scrivere una mail all'indirizzo **Emapi@generaligroup.com**, indicando: cognome e nome dell'Assicurato; data in cui è stata spedita la richiesta di rimborso; n° danno, se conosciuto; motivo della richiesta.

Il servizio non fornisce risposte inerenti richieste di chiarimenti in merito alla portata della garanzia e a quesiti di parere preventivo.

Servizi di informazione

Servizi di prenotazione in strutture convenzionate

Servizi di assistenza

Servizi di front office

ENTE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA
PLURICATEGORIALE