CAPITOLATO E SCHEMA DI CONTRATTO

PER L'AFFIDAMENTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEI DIRIGENTI, QUADRI E IMPIEGATI DI ENPAP - ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA PER GLI PSICOLOGI

C.I.G.……

Il Responsabile Unico del Progetto (RUP)
Moira De Lucchi

Data di pubblicazione: 04/11/2026

POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE
MEDICHE A FAVORE DEI DIRIGENTI, QUADRI E IMPIEGATI
DI ENPAP

Scheda di Polizza

COMPAGNIA	.....Via..... C..f.....
CONTRAENTE	**CASSA PREVILINE ASSISTANCE,** Via Ernesto Calindri, 6 - 20143 Milano P.I. 97149130151
ASSOCIATO AL CONTRAENTE	**ENPAP** Via Cesare Beccaria, 94/96 – 00196 Roma, C.F./P.IVA 05410091002
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24:00 del 31/12/2026 Scadenza: alle ore 24:00 del 31/12/2027
FRAZIONAMENTO	Annuale
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVIGIONALE	6%

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura negoziata senza bando per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta da ENPAP è regolato:

- ✓ dal frontespizio di polizza e dalla *SCHEDA DI POLIZZA* riportanti i dati essenziali del contratto;
- ✓ dal capitolato tecnico

Sommario

DEFINIZIONI 5
SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 8
Art. 1 – Durata del contratto 8
Art. 2 – Pagamento e regolazione del premio 8
Art. 3 – Tracciabilità dei flussi finanziari 9
Art. 4 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio 9
Art. 5 – Recesso dal contratto in caso di sinistro 9
Art. 6 – Modifiche dell'Assicurazione 9
Art. 7 – Assicurazione presso diversi Assicuratori 9
Art. 8 – Gestione del contratto – Clausola Broker 10
Art. 9 – Oneri fiscali 10
Art. 10 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società 10
Art. 11 – Foro competente – Elezione domicilio 10
Art. 12 – Interpretazione del contratto 10
Art. 13 – Rinvio alle norme di legge 10
Art. 14 – Trattamento dei dati 11
Art. 15 - Termini di prescrizione 11
Art. 16 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta 11
SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE 12
Art. 1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro 12
Art. 2 – Modalità di erogazione delle prestazioni e criteri di liquidazione 12
Art. 3 - Regime di convenzionamento diretto 12
Art. 4 - Regime rimborsuale 12
Art. 5 – Informativa sui rapporti con l'Assicurato 13
Art. 6 – Attività di supporto e assistenza – Obblighi della Società 13
Art. 7 – Obbligo della Società di fornire i dati sull'andamento del rischio 14
Art. 8 – Penali 14
SEZIONE III – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE 15
Art. 1 – Oggetto del servizio 15
Art. 2 – Soggetti assicurati 15
Art. 3 – Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche 15
Art. 4 – Alta Specializzazione 18
Art. 5 – Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio, fisioterapia e medicinali 18
Art. 6 – Cure oncologiche 19
Art. 8 – Check-up medico generale 19
Art. 9 – Lenti correttive (escluse montature) 19
Art. 10 – Pacchetto maternità 20
SEZIONE IV – LIMITAZIONI 21

Art. 1 – Estensione territoriale 21
Art. 2 – Esclusioni dall'Assicurazione 21
Art. 3 – Limiti di età 21
SEZIONE V – PREMIO 22
Art. 1 – Premi annui 22
Art. 2 – Determinazione del premio annuo 22
SEZIONE VI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI 23
Art. 1 – Modalità di comunicazione delle anagrafiche alla data di effetto della copertura 23
Art. 2 – Inclusione ed esclusione degli assistiti in corso d'anno 23
Art. 3 – Inclusione ed esclusione degli assistiti ad adesione facoltativa 23
ALLEGATO 1 Elenco Interventi Chirurgici ad 24
Alta Specializzazione 24
ALLEGATO 2 Prestazioni, Limiti e Massimali 28

DEFINIZIONI

Nel testo del presente Capitolato tecnico d'appalto che segue, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Annualità assicurativa o periodo assicurativo**: Si intende per annualità assicurativa il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il pe-riodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.
- **Assicurato/ Beneficiario**: Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico:
  - Dirigenti, Quadri e Impiegati di Enpap (collettivi);
  - Relativo nucleo familiare da stato di famiglia composto dal coniuge del dipendente o in alternativa al coniuge dalla parte dell'unione civile, nonché dal convivente di fatto (già convivente more uxorio), come disciplinati dalla normativa vigente dai e figli. Inoltre, si intendono compresi i figli non conviventi e fino al 30° anno di età, purché fiscalmente a carico (ad adesione con premio a carico del dipendente).
- **Assicurazione**: Il contratto di assicurazione sottoscritto dalle Parti.
- **Assistenza diretta**: La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network della Società senza anticipare la spesa se non le franchigie eventualmente previste, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
- **Assistenza indiretta:** La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il Servizio Sanitario Nazionale o i centri non convenzionati o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.
- **Assistenza infermieristica:** L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
- **Associato**: **ENPAP Ente Nazionale Di Previdenza Ed Assistenza per gli Psicologi**
- **Broker**: AON S.p.A. quale Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
- **Cassa di Assistenza** La Cassa Previline Assistance, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
- **Centrale Operativa**: La Struttura che consente l'erogazione delle prestazioni previste in polizza e che, con linea telefonica gratuita dedicata, provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Centri Convenzionati (network)**: La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, centri medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.
- **Certificato di assicurazione o Certificato**: Il documento che viene emesso dalla Società e che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.
- **Contraente**: Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza. Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) Previline Assistance, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.
- **Day hospital**: La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
- **Data evento:** Per data evento si intende la data effettiva della prestazione.
- **Difetto Fisico**: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- **Dipendente:** la persona fisica che intrattiene un rapporto di lavoro subordinato con ENPAP.
- **Documentazione Medica**: Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici.
- **Documentazione di spesa**: Documentazione di spesa, comprese le notule e ricevute dei farmaci.
- **Ente:** l'Associato, ENPAP.
- **Fisioterapista:** Professionista sanitario in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equipollente secondo i requisiti richiesti dalla legge.

- **Franchigia**: La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico. La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.
- **Indennizzo**: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Infortunio**: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intervento Chirurgico**: Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
- **Intervento Chirurgico Ambulatoriale**: L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.
- **Intramoenia**: Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI in sigla), ovvero l'attività erogata al di fuori del normale orario di lavoro (e delle attività previste dall'impegno di servizio) dai medici di un ospedale pubblico utilizzando le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso o locali ad esso riconducibili, a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.
- **Istituto di cura**: Ospedale, Clinica o Istituto universitario, Casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna.
- **Malattia**: Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, che non sia definito come malformazione o difetto fisico.
- **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 degli 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**: L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Minimo non indennizzabile:** Il limite sotto il quale il Piano Sanitario non copre il danno che resta pertanto a carico dell'Assicurato.
- **Nucleo Familiare**: L'intero nucleo familiare da stato di famiglia composto dal coniuge o convivente more uxorio dal coniuge del dipendente o in alternativa al coniuge dalla parte dell'unione civile, nonché dal convivente di fatto (già convivente more uxorio), come disciplinati dalla normativa vigente e dai figli. Inoltre, si intendono compresi i figli non conviventi e fino al 30° anno di età, purché fiscalmente a carico.
- **Parti:** La Società (compagnia assicurativa), il Contraente (Cassa Previline Assistance), l'Associato al Contraente (ENPAP)
- **Polizza/Contratto:** il documento che prova l'assicurazione.
- **Polizza collettiva**: l'assicurazione, stipulata ai sensi dell'art. 1891 c.c., da un contraente per conto e nell'interesse di un gruppo di assicurati.
- **Premio**: La somma dovuta dal Contraente alla Società.
- **Protesi acustica (apparecchio acustico)**: Dispositivo medico elettronico esterno indossabile, che corregge le disfunzioni del sistema uditivo.
- **Protesi ortopedica**: Componenti atte a sostituire in parte o completamente un segmento scheletrico del corpo umano, restituendo immagine corporea e funzionalità.
- **Quesito diagnostico**: la motivazione clinica, espressa dal medico prescrittore, che rende necessaria l'effettuazione di una visita specialistica, di un esame diagnostico o di un trattamento sanitario ai fini dell'accertamento o dell'approfondimento di una patologia.
- **Ricovero**: La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
- **Rischio**: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **Scoperto**: La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
- **Sinistro**: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- **Stazione appaltante**: ENPAP
- **Società**: L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
- **Ticket sanitario**: È il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, o da una struttura privata in regime di convenzione.

Se non diversamente specificato i termini temporali espressi nel presente documento sono tutti da intendersi come solari.

PREMESSA
Il presente Capitolato ha l'obiettivo di definire le caratteristiche ed i requisiti minimi relativi all'acquisizione di servizi di assistenza sanitaria a favore del Personale dipendente di ENPAP (ed eventuale relativo nucleo familiare).
I servizi, il dimensionamento, le modalità di esecuzione e tutte le indicazioni espresse nel presente Capitolato e nelle relative appendici rappresentano la specificazione necessaria per il presente affidamento e, pertanto, le prescrizioni ivi contenute rappresentano requisiti minimi.
Ciò comporta che:

- in fase di offerta, il mancato rispetto di quanto specificato nel presente Capitolato e nelle sue appendici comporterà l'esclusione dalla procedura di gara;
- in fase di esecuzione, il mancato rispetto di quanto specificato nel presente Capitolato e nelle sue appendici, oltre al mancato rispetto di quanto offerto dall'operatore economico in gara, costituirà inadempimento contrattuale che comporterà l'applicazione delle apposite azioni contrattuali.

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) Previline Assistance iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di Assistenza Sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale ENPAP stipulerà apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Società aggiudicataria della presente procedura di affidamento.

SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Durata del contratto
Il contratto ha durata di un anno con decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2026, con scadenza alle ore 24 del 31.12.2027, senza tacita proroga.

Art. 2 – Pagamento e regolazione del premio
Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali verrà corrisposto sulla base del numero dei dipendenti in servizio al 31/12. ENPAP trasmetterà l'anagrafica degli assicurati entro 15 giorni antecedenti la data di decorrenza della copertura.

Il premio di cui sopra verrà regolato alla fine dell'annualità assicurativa, secondo le inclusioni intervenute durante lo stesso periodo.

A parziale deroga dell'art.1901 del codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 30 (trenta) giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro 30 (trenta) giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se, il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 30° (trenta) giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° (trenta) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 30 giorni successivi al ricevimento da parte di ENPAP dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento dei dati consuntivi da parte di ENPAP.

Se ENPAP non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR n. 602/1973 la Società dà atto che:
• l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dall'Associato ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
• Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR n. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che l'Associato deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D. Lgs. N. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

Art. 3 – Tracciabilità dei flussi finanziari
La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.
Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. n. 136/2010.

Art. 4 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio
La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti contrattuali.
Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 5 – Recesso dal contratto in caso di sinistro
Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente Polizza.

Art. 6 – Modifiche dell'Assicurazione
Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e approvate per iscritto.

Art. 7 – Assicurazione presso diversi Assicuratori
È data facoltà all'Associato/Assicurato di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per lo stesso rischio assicurato con il presente contratto di assicurazione.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 C.C. per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 C.C.

Art. 8 – Gestione del contratto – Clausola Broker

Alla società Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, è affidata la gestione del presente contratto ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.
Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del presente Piano Sanitario avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dall'Associato al Contraente e/o dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dall'Associato al Contraente e/o dall'Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni dell'Associato al Contraente comportassero una modifica contrattuale, impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto di quest'ultima.
Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le Parti (Associato al Contraente, Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.
In caso di contrasto tra le comunicazioni effettuate dal Broker e quelle effettuate direttamente dall'Associato al Contraente al Contraente o dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.
Il pagamento dei contributi per il Piano Sanitario sarà effettuato dall'Associato direttamente al Contraente.
Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt. 120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. n. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n. 40/2018.
La remunerazione del Broker, pari al 6%, è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Associato.

Art. 9 – Oneri fiscali

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

Art. 10 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali l'Associato è tenuto, devono essere fatte con e-mail o PEC indirizzate al Broker al quale l'Associato ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 11 – Foro competente – Elezione domicilio

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede dell'Associato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. n. 28/2010 ss.mm.ii.
La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 12 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 – Trattamento dei dati

Le Parti si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. e dal Regolamento 2016/679/UE (GDPR) in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

Art. 15 - Termini di prescrizione

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

Art. 16 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Associato, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1901 del C.C.

SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

Art. 1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale, presentando la documentazione, come specificato nella presente sezione.

Art. 2 – Modalità di erogazione delle prestazioni e criteri di liquidazione

Per la corretta gestione dei sinistri, la richiesta di rimborso o di attivazione del convenzionamento diretto dovrà essere corredata dalla cartella clinica completa e dalla documentazione medica, indicante il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso o l'attivazione della diretta (vedasi alle singole garanzie).
Le prestazioni possono essere fruite con le modalità sottoindicate, in forma rimborsuale o in forma diretta in strutture sanitarie convenzionate con la Società.

Art. 3 - Regime di convenzionamento diretto

L'Assicurato che intenda usufruire di prestazioni presso strutture sanitarie e medici convenzionati con la presa in carico diretta deve preventivamente prendere contatto con la Società o tramite la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato - oppure attraverso la piattaforma online o la APP.
Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di **almeno 5 giorni lavorativi**.
La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione con un anticipo di almeno 48 ore rispetto alla data fissata per la prestazione. Si precisa che l'Assicurato dovrà essere in possesso della prescrizione medica, con il relativo quesito diagnostico, entro la data di richiesta di presa in carico presso la struttura convenzionata prescelta da presentare in occasione della data fissata per la prestazione; qualora indicato nella specifica garanzia, in caso di prestazioni rese necessarie da infortunio, dovrà essere in possesso anche del Certificato di Pronto Soccorso o equivalente documentazione da parte istituzione sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato, poliambulatorio, centro medico). Qualora l'Assicurato non presenti la documentazione necessaria, la Società ha la possibilità di integrarla senza necessità di chiedere una nuova prestazione.
La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, quest'ultima si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.
Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assicurato/a e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

Art. 4 - Regime rimborsuale

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso il Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture sanitarie private non convenzionate con la Società, l'Assicurato/a deve presentare tramite piattaforma web o App la seguente documentazione:

- cartella clinica completa, prescrizione medica con quesito diagnostico o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia; qualora indicato nella specifica garanzia, in caso di prestazioni rese necessarie da infortunio, dovrà essere in possesso anche del Certificato di Pronto

Soccorso o equivalente documentazione da parte istituzione sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato, poliambulatorio, centro medico);

- documentazione di spesa quali copia delle ricevute, ticket, fatture e/o notule, debitamente quietanzate; nel caso in cui la documentazione abbia ad oggetto più prestazioni riconducibili ad uno stesso evento, deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione.

Entro **30 giorni** solari dall'inserimento della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria, la Società dovrà:

- evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare;
- respingere la pratica con obbligo di motivazione circostanziata e puntuale;
- sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

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

Art. 5 – Informativa sui rapporti con l'Assicurato

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società dovrà mettere a disposizione, per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi), un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

Art. 6 – Attività di supporto e assistenza – Obblighi della Società

Per tutta la durata del contratto, la Società dovrà garantire:

a. Supporto e assistenza agli Assicurati, attraverso una Centrale Operativa accessibile mediante numero telefonico gratuito (numero verde) sia da rete fissa che da rete mobile, che garantisca assistenza telefonica quotidiana non inferiore alle 11 ore per ogni giorno lavorativo (indicativamente dalle ore 8,30 alle ore 19,30), su tutte le informazioni inerenti:

- Le condizioni di assicurazione;
- Le modalità di accesso alla rete convenzionata;
- Lo stato dei sinistri;
- I tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Si precisa che dall'estero l'accesso potrà avvenire tramite un numero nero (a pagamento).

b. Un portale web ed una APP dedicati alla gestione delle pratiche, che consenta all'Assicurato di:

- Accedere alla propria area riservata con apposite credenziali nel rispetto di tutti i requisiti sulla sicurezza e della normativa privacy;
- Visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa ai piani sanitari;
- Visualizzare le strutture convenzionate disponibili;
- Attivare le richieste in assistenza diretta;
- Procedere alle richieste di rimborso allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa;
- Visualizzare lo stato di lavorazione delle pratiche.

Il sopra indicato elenco viene riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

c. Un numero minimo di strutture sanitarie convenzionate pari a quello di seguito specificato:

- Centri medici/Centri diagnostici/Centri fisioterapici/Punti prelievo/Case di cura/Ospedali/Day Hospital/Day Surgery: almeno **3.200** sul territorio nazionale;
- Centri/Studi odontoiatrici: almeno 5**.000** su tutto il territorio nazionale

Art. 7 – Obbligo della Società di fornire i dati sull'andamento del rischio

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine dell'annualità, la Società, **nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali**, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza.
Il dettaglio dei sinistri, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), sarà così suddiviso:

- Tipologia di prestazione;
- Numero del sinistro attribuito dalla Compagnia;
- Codice univoco identificativo soggetto;
- Data di accadimento dell'evento;
- Data di denuncia del sinistro;
- Tipo di assicurato (Titolare, Familiare);
- Stato del sinistro ("aperto", "chiuso", "chiuso senza seguito");
- Importo richiesto;
- Importo liquidato
- Importo riservato;
- Canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

Dovrà altresì essere fornita una tabella aggregata dei dati indicante il rapporto sinistri premi, la stima di chiusura prevista, il totale liquidato, il totale riservato e la stima dei sinistri avvenuti ma non ancora denunciati alla Società (IBNR).
Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Ente, per il tramite del Broker, di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione o in un formato diverso.
Le già menzionate statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.
La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata mediante mail dall'Associato al contraente per il tramite del Broker.
Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati, comporta un grave inadempimento contrattuale.

Art. 8 – Penali

Nel caso in cui la Società non provveda alla trasmissione della reportistica entro i termini di cui all'art 7) Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio, l'ENPAP si riserva la facoltà di applicare una penale di € 250,00 per ogni giorno di ritardo.

SEZIONE III – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 – Oggetto del servizio

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, ha per oggetto il rimborso delle spese sanitarie sostenute in conseguenza di malattia e di infortunio, con le modalità indicate dalle norme sotto riportate.

Art. 2 – Soggetti assicurati

La presente copertura assicurativa viene prestata in favore dei seguenti soggetti:

a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario

L'assicurazione è prestata in favore del personale dell'ENPAP indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti. I soggetti di cui sopra sono i Titolari di copertura sanitaria.

b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario

- I Titolari possono estendere facoltativamente e a proprio carico la copertura del Piano Sanitario al proprio nucleo familiare risultante da stato di famiglia intendendosi per tale:
    - il coniuge del dipendente o in alternativa al coniuge la parte dell'unione civile, nonché il convivente di fatto (già convivente more uxorio), come disciplinati dalla normativa vigente e dai figli. Inoltre, si intendono compresi i figli non conviventi e fino al 30° anno di età, purché fiscalmente a carico.;
    - i figli, compresi i figli non conviventi e fino al 30° anno di età, purché fiscalmente a carico.

Nei confronti di questi assicurati opererà l'esclusione delle patologie pregresse relativamente all'area ricovero e per il parto, la garanzia decorrerà dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo al giorno di effetto del con-tratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto a condizione che dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

Art. 3 – Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche

La Società rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute in caso di:

A) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 250;*
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero;*
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), *col massimo di € 2.000 per intervento o ricovero.*

In caso di parto con taglio cesareo la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, *fino a concorrenza del limite di € 10.000 per annualità assicurativa:*
- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza *fino al limite giornaliero di € 250*;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, *col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.*

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma *fino ad un massimo di € 1.600.*

B) ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico per:
- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accerta-menti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per ricovero.

C) ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 3.000 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato), per:
- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero,
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 150;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.100 per intervento o ricovero.

D) interventi per la correzione del vizio di rifrazione, fino a concorrenza del limite di € 1.200 per occhio e per annualità assicurativa, per:
La Società rimborsa, fino a concorrenza della somma di euro 1.200 per occhio e per anno assicurativo, le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione/miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).
La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino a concorrenza del massimale indicato all'Allegato 2, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare

Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero
Il rimborso delle spese sostenute in regime di ricovero e di day hospital di cui ai precedenti punti A) e B) avviene previa applicazione di scoperti e franchigie per sinistro in base a quanto indicato all'Allegato 2, ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti in polizza e senza applicazione di scoperti o franchigie, nonché nel caso in cui per l'effettuazione dell'intervento l'assicurato abbia pagato soltanto il ticket previsto dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).
Esclusivamente per intervento chirurgico ambulatoriale il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto in base a quanto indicato all'allegato 2, salvo il caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) con pagamento del solo ticket.
Spese pre/post ricovero
Le eventuali spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento elencate nel presente articolo al punto A) e B) sa-ranno oggetto di rimborso o pagamento alla struttura convenzionata da parte della Società previa applicazione di uno scoperto del 10% che rimarrà a carico dell'assicurato, esclusi eventuali ticket.

E) Indennità sostitutiva
Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva:
- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.
Le eventuali spese collegate all'intervento elencate all'art. 3 saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.
L'importo giornaliero e il numero massimo di giorni per annualità assicurativa per cui l'indennità viene corrisposta sono indicati nell'Allegato 2

F) Anticipo
Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente - entro il limite dell'80% della somma assicurata - il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.
L'anticipo avverrà a condizione che:
- non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che determinato rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

G) Interventi Chirurgici ad Alta specializzazione (Allegato 1)
In caso di ricovero che abbia comportato un Intervento Chirurgico tra quelli indicati nell'elenco di cui all'Allegato 1, il massimale deve intendersi elevato a quello indicato nell'Allegato 2 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare
Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia per sinistro come indicato nell'Allegato 2.

Art. 4 – Alta Specializzazione
La Società provvede al pagamento delle spese relative alle prestazioni extraospedaliere sottoindicate, sino alla concorrenza annua del massimale indicato nell'Allegato 2, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare.

Amniocentesi
Angiografia
Arteriografia
Cistografia
Coronarografia
Doppler
Ecocardiografia
Elettromiografia
Endoscopia
Esame urodinamico completo
Holter
Isterosalpingografia
Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
Scintigrafia
Tomografia ad emissione di positroni (PET)
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
Urografia

Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo indicato nell'Allegato 2.

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta in base a quanto indicato nell'Allegato 2.

Relativamente all'amniocentesi, le relative spese saranno ammesse a rimborso nei seguenti casi: età dell'assicurata oltre i 35 anni, familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche, anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen).

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica con relativo quesito diagnostico.

Art. 5 – Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio, fisioterapia e medicinali

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sottoindicate, sino alla concorrenza dell'importo indicato nell'Allegato 2, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare.
- onorari dei medici per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche non richieste dal medico di base del bambino, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia;
- analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati;
- i trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia). Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da

persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata; nel caso in cui il documento venga emesso dalla struttura sanitaria presso la quale il medico presta servizio, sarà sufficiente l'indicazione della tipologia di visita effettuata.

La liquidazione delle spese per le prestazioni sopra indicate avverrà come segue viene effettuato previa applicazione di uno scoperto per ciascuna prestazione, che rimangono a carico dell'Assicurato, come indicato nell'Allegato 2

Scoperti e franchigie non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto di medicinali presenti nel prontuario farmacologico e prodotti omeopatici prescritti a seguito di malattia o infortunio fino a concorrenza dell'importo indicato nell'Allegato 2.
Tali prodotti devono essere prescritti dal medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale.
L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi, unitamente a regolare documento di spesa a lui intestato con la specifica dei prodotti acquistati.
Sarà comunque valida ai fini del rimborso l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia, unita-mente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Art. 6 – Cure oncologiche
La Società rimborsa le spese sostenute in regime ambulatoriale o day hospital per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 2 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per nucleo familiare.

Art. 7 – Cure dentarie a seguito di infortunio
La Società rimborsa, a parziale deroga dell'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" lett. c), le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso, fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 2, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare assicurato.
Il rimborso viene effettuato previa applicazione dello scoperto sulle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato, come indicato nell'allegato 2. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.

Art. 8 – Check-up medico generale
La Società rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici effettuati a scopo preventivo**.**
L'elenco delle prestazioni così garantite, il relativo massimale annuo se previsto e le modalità di accesso alle prestazioni sono quelli indicati in allegato 2.

Art. 9 – Lenti correttive (escluse montature)
La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti (escluso il costo delle montature) esclusivamente a seguito di certificazione medica, rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 2, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per persona.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di scoperto e franchigia sull'importo della fattura, come indicato nell'Allegato 2.

Art. 10 – Pacchetto maternità

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni effettuate in stato di gravidanza debitamente certificato, fino a concorrenza del massimale indicato nell'Allegato 2, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per persona.
L'elenco delle prestazioni così garantite e le modalità di accesso alle prestazioni sono quelli indicati in Allegato 2.

Art. 11 – Cure e protesi dentarie

La Società rimborsa, a deroga dell'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" lett. c), le spese sostenute per cure dentarie fino a concorrenza della somma assicurata indicata nell'Allegato 2, da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare come indicato nell'Allegato 2 1.
Il rimborso viene effettuato con l'applicazione delle percentuali indicate nell'allegato 2. Nel caso in cui l'assicurato abbia fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) il ticket viene rimborsato al 100%.

SEZIONE IV – LIMITAZIONI

Art. 1 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Nell'ipotesi in cui la Società, tramite accordi internazionali, non possa offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di centri convenzionati (attraverso cui garantire il pagamento diretto senza anticipo da parte dell'assicurato), la garanzia opererà solo nella forma rimborsuale.

Art. 2 – Esclusioni dall'Assicurazione

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
c) la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previste in polizza);
d) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
e) i ricoveri;
f) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
g) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
h) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
i) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
j) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
k) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
l) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, 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.

Relativamente al nucleo familiare del dipendente, opererà l'esclusione delle patologie pregresse relativamente all'area ricovero e per il parto, la garanzia decorrerà dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo al giorno di effetto del con-tratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto a condizione che dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

Art. 3 – Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dello stesso Assicurato.

SEZIONE V – PREMIO

Art. 1 – Premi annui

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato, i premi annui lordi (vale a dire comprensivi degli oneri fiscali) per le persone indicate all'articolo Soggetti assicurati, corrispondono ai seguenti importi:

a) Ogni Impiegato	1.345,00
b) Nucleo dell'Impiegato	2.835,00

c) Ogni Quadro/Dirigente	2.680,00
d) Nucleo del Quadro/Dirigente	4.035,00

È data facoltà ai singoli assicurati di estendere la copertura al nucleo famigliare pagando il premio aggiuntivo indicato in tabella.
Nei confronti di questi assicurati opererà l'esclusione delle patologie pregresse relativamente all'area ricovero e per il parto, la garanzia decorrerà dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo al giorno di effetto del con-tratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto a condizione che dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

Art. 2 – Determinazione del premio annuo

Il premio annuo complessivo a carico del Contraente è pari a quanto determinato in base al numero totale di dipendenti assicurati, moltiplicato per il premio pro-capite.
Il premio verrà corrisposto secondo le modalità indicate all'articolo Pagamento e regolazione del premio.

SEZIONE VI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

Art. 1 – Modalità di comunicazione delle anagrafiche alla data di effetto della copertura

A seguito dell'avvio del servizio, ENPAP fornirà l'elenco del personale in servizio presso la stessa entro 15 giorni antecedenti la data di decorrenza della copertura.

Art. 2 – Inclusione ed esclusione degli assistiti in corso d'anno

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera acquisito dalla Società. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le variazioni di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate dal Committente, a mezzo posta elettronica alla Società, per tramite del Broker.

Nel caso di nuova assunzione la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione se la comunicazione alla Società, anche per il tramite del Broker, venga effettuata entro 30 giorni dalla data di assunzione. Qualora la comunicazione sia posteriore la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24:00 della data di effettiva comunicazione.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

Art. 3 – Inclusione ed esclusione degli assistiti ad adesione facoltativa

Le inclusioni di assicurati ad adesione facoltativa sono così regolamentate:
Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 20 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.
I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 20 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione dei propri familiari al Piano Sanitario. La copertura avrà come effetto la data dell'adesione stessa previa verifica del pagamento del premio.

Il premio verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il premio annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del premio annuo

Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

In corso di vigenza contrattuale, potrà essere inserito in copertura solo il nucleo familiare del personale di nuova assunzione ed i componenti del nucleo familiare dei dipendenti in forza, a seguito di modifica dello

stato di famiglia (esempio: nuovi nati o nuovi coniugi o conviventi) nei limiti di 20 giorni dall'assunzione o dalla variazione dello stato di famiglia.

ALLEGATO 1 Elenco Interventi Chirurgici ad Alta Specializzazione

Interventi sul sistema Nervoso

- Craniotomia e craniectomia
- Incisione e drenaggio dei seni cranici
- Riapertura di pregressa craniotomia
- Altra craniotomia
- Altra craniectomia
- Emisferectomia
- Interventi sul talamo e sul globo pallido
- Interventi sul talamo
- Interventi sul globo pallido
- Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
- Lobotomia e trattotomia
- Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
- Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
- Interventi di plastica sulle strutture del midollo
- Riparazione di meningocele spinale
- Riparazione di mielomeningocele spinale
- Riparazione di fratture vertebrali
- Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
- Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

Interventi sul sistema Endocrino

- Tiroidectomia completa
- Tiroidectomia retrosternale completa
- Surrenectomia parziale
- Surrenectomia monolaterale
- Asportazione della ghiandola pineale
- Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

Interventi sull'Occhio

- Eviscerazione del bulbo oculare
- Enucleazione del bulbo oculare

Interventi sull'Orecchio associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe

- Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc
- Emilaringectomia
- Laringectomia radicale

Interventi sul sistema Respiratorio

- Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale
- Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
- Chiusura di altra fistola della trachea
- Lobectomia del polmone
- Toracoplastica
- Trapianto di polmone

- Trapianto combinato cuore-polmone
- Decorticazione del polmone
- Chiusura di altra fistola del torace
- Sutura di lacerazione del diaframma

Interventi sul sistema Cardio-Vascolare

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
- Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
- Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
- Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
- Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
- Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
- Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
- Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
- Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventricolare
- Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)
- Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
- Correzione totale di tetralogia di Fallot
- Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
- Correzione totale del tronco arterioso
- Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove
- Altri interventi su valvole e setti del cuore
- Trasposizione interatriale del ritorno venoso
- Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare
- Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
- Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
- Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
- Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
- Asportazione di aneurisma del cuore
- Trapianto di cuore
- Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi
- Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
- Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
- Resezione di vasi intracranici con anastomosi
- Resezione di vasi intracranici con sostituzione
- Resezione dell'aorta con anastomosi
- Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
- Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
- Intervento di dissezione dell'aorta
- Altra riparazione di aneurismi
- Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
- Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

Interventi sul sistema Ematico e Linfatico

- Trapianto di midollo osseo NAS
- Splenectomia totale

Interventi sull'apparato Digerente

- Asportazione locale di diverticolo esofageo

- Esofagectomia totale
- Esofago-gastrostomia intratoracica
- Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
- Gastrectomia totale
- Piloroplastica
- Sutura di ulcera peptica, SAI
- Sutura di ulcera gastrica
- Sutura di ulcera duodenale
- Esofagogastroplastica
- Emicolectomia destra
- Resezione del colon trasverso
- Emicolectomia sinistra
- Colectomia totale intraaddominale
- Resezione del retto per via addominoperineale
- Resezione anteriore del retto con contemporanea coIostomia
- Incisione o asportazione di fistola anale
- Asportazione dell'ano
- Lobectomia del fegato
- Trapianto del fegato
- Interventi sulla colecisti e sulle vie biliari
- Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
- Coledocoenterostomia
- Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
- Marsupializzazione di cisti pancreatica
- Pancreatectomia parziale
- Pancreatectomia prossimale
- Pancreatectomia distale
- Pancreatectomia totale
- Trapianto del pancreas

Interventi sull'apparato Urinario e Intervento sugli Organi Maschili
- Nefroureterectomia
- Nefrectomia bilaterale
- Trapianto renale
- Anastomosi uretero-intestinale
- Nefrocistoanastomosi SAI
- Cistectomia radicale
- Chiusura di fistola vescico-intestinale
- Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
- Neovescica continente ed ampliamento vescicale
- Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
- Prostatectomia radicale
- Prostatectomia perineale

Interventi sugli Organi Genitali Femminili
- Ovariectomia monolaterale
- Isterectomia addominale totale
- Isterectomia vaginale

Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico
- Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
- Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
- Asportazione di disco intervertebrale

- Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'articolazione della spalla
- Artrodesi vertebrale, SAI
- Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
- Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
- Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore
- Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi laterali trasversi
- Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
- Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi approccio
- Artrodesi atlanto-epistrofea
- Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
- Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
- Sostituzione totale del gomito
- Sostituzione totale dell'anca
- Revisione di sostituzione dell'anca
- Sostituzione totale del ginocchio
- Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
- Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
- Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
- Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
- Amputazione a livello dell'omero
- Amputazione addomino-pelvica

Interventi sui tegumenti

- Mastectomia radicale monolaterale

ALLEGATO 2 Prestazioni, Limiti e Massimali

Impiegati

GARANZIE	MASSIMALI ANNUO/NUCLEO
Interventi chirurgici ad alta specializzazione	**€ 400.000** Scoperto: in rete: rimborso al 100% fuori rete: 15% e minimo € 500 Ticket: rimborso al 100%
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio: • onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; • assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici relativi al ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale; • rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250; • esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 90 giorni precedenti, se direttamente inerenti; • esami, visite, medicine, prestazioni mediche e infermieristiche, apparecchi protesici e sanitari, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali nei 120 giorni successivi, se direttamente inerenti; • prelievo di organi o parti di essi e spese relative al donatore; • vitto e pernottamento per un accompagnatore: € 60 al giorno, massimo 30 giorni per annualità; • trasporto in autoambulanza: massimo € 1.100 per intervento o ricovero; • trasporto all'estero e ritorno per assicurato e accompagnatore: massimo € 2.000 per intervento o ricovero. Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico o prestazioni ambulatoriali: • assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti, medicinali, esami e accertamenti durante il ricovero o Day Hospital; • esami, accertamenti e visite nei 90 giorni precedenti, se direttamente inerenti; • rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250; • prestazioni e spese nei 120 giorni successivi alla dimissione, se direttamente inerenti; • trasporto in autoambulanza: massimo € 1.100 per ricovero.	**€ 200.000** Scoperto: in rete: rimborso al 100% intervento ambulatoriale: rimborso al 100% fuori rete: 15%, franchigia minima € 500 intervento ambulatoriale: 15%, minimo € 100 Ticket: rimborso al 100% Spese pre/post ricovero: 10%
Parto naturale • onorari dell'équipe medica, diritti di sala operatoria e materiali utilizzati; • assistenza medica, ostetrica e infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti del ricovero; • rette di degenza fino al limite giornaliero di € 150; • trasporto in autoambulanza: massimo € 1.100 per intervento o ricovero.	**€ 3.000** No scoperti/franchigie
Parto cesareo • onorari dell'équipe medica, diritti di sala operatoria e materiali utilizzati; • assistenza medica, ostetrica e infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti del ricovero; • rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250; • trasporto in autoambulanza: massimo € 1.100 per intervento o ricovero.	**€ 10.000** Scoperti e franchigie come area ricovero
Interventi per la correzione del vizio di rifrazione Spese per interventi di cura o eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione/miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.	**€ 1.200 per occhio**
Indennità sostitutiva Rimborso integrale per ogni pernottamento in istituto di cura; al 50% in caso di Day Hospital.	**€ 100** Fino a 150 giorni per annualità assicurativa
Alta specializzazione Amniocentesi nei casi previsti; Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, MOC, RMN, Scintigrafia, PET, TAC, Urografia. di cui: Protesi ortopediche e apparecchi acustici	**€ 5.000** Scoperto: in rete: 10% fuori rete: 25% Ticket: rimborso al 100% Protesi e apparecchi acustici: limite € 1.200
Visite specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche), esami diagnostici e di laboratorio **Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (logopedia compresa)** Prescritti da medico specialista ed eseguiti in centro specializzato o da professionisti iscritti al relativo Albo. Medicinali	**€ 1.500** Scoperto visite/esami: in rete: 10% fuori rete: 25% Ticket: rimborso al 100% Scoperto trattamenti: in rete: € 0 fuori rete: 15%

GARANZIE	MASSIMALI ANNUO/NUCLEO
	Ticket: rimborso al 100% Medicinali: sottolimite **€ 100**
Cure oncologiche	**€ 6.000**
Cure dentarie da infortunio Documentato da certificazione del Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.	**€ 1.500** Scoperto 30% Ticket: rimborso al 100%
Lenti correttive (escluse montature), solo a seguito di modifica del visus	**€ 100** per persona Scoperto 30%
Pacchetto maternità • n. 8 ecografie, compresa la morfologica; • analisi clinico-chimiche da protocollo; • alternativamente: amniocentesi, villocentesi o test equivalente (Harmony test); • n. 8 visite di controllo ostetrico-ginecologiche; • n. 1 ecocardiografia fetale; • n. 1 visita ginecologica post parto; • 2 visite urologiche; • un ciclo di fisioterapia riabilitativa del pavimento pelvico post parto; • 3 colloqui psicologici post parto.	**€ 2.000** No scoperti/franchigie

Cure dentarie	IN RETE	FUORI RETE
Visite	100%	0%
Igiene orale	100%	0%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Endodonzia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Protesi	80%	60%
Ortognatodonzia	80%	60%
Implantologia	80%	60%
Massimale annuo nucleo	**€ 1.700**	

Quadri e Dirigenti

GARANZIE	MASSIMALI ANNUO/NUCLEO
Interventi chirurgici ad alta specializzazione	**€ 800.000** Scoperto: in rete: rimborso al 100% fuori rete: 10% e minimo € 250 Ticket: rimborso al 100%
Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio: • onorari dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento; • assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici relativi al ricovero, Day Hospital o intervento ambulatoriale; • rette di degenza fino al limite giornaliero di **€ 250;** • esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei **90** giorni precedenti, se direttamente inerenti; • esami, visite, medicine, prestazioni mediche e infermieristiche, apparecchi protesici e sanitari, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali nei **120** giorni successivi, se direttamente inerenti; • prelievo di organi o parti di essi e spese relative al donatore; • vitto e pernottamento per un accompagnatore: **€ 60** al giorno, massimo **30** giorni per annualità; • trasporto in autoambulanza: massimo **€ 1.100** per intervento o ricovero; • trasporto all'estero e ritorno per assicurato e accompagnatore: massimo € **2.000** per intervento o ricovero. Ricovero, Day Hospital senza intervento chirurgico o prestazioni ambulatoriali: • assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti, medicinali, esami e accertamenti durante il ricovero o Day Hospital; • esami, accertamenti e visite nei **90** giorni precedenti, se direttamente inerenti; • rette di degenza fino al limite giornaliero **di € 250**; • prestazioni e spese nei **120** giorni successivi alla dimissione, se direttamente inerenti; • trasporto in autoambulanza: massimo **€ 1.100** per ricovero.	**€ 500.000** Scoperto: in rete: rimborso al 100% intervento ambulatoriale: rimborso al 100% fuori rete: 10%, franchigia minima € 250 intervento ambulatoriale: 10%, minimo € 100 Ticket: rimborso al 100% Spese pre/post ricovero: 10%
Parto naturale • onorari dell'équipe medica, diritti di sala operatoria e materiali utilizzati; • assistenza medica, ostetrica e infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti del ricovero; • rette di degenza fino al limite giornaliero **di € 150**; • trasporto in autoambulanza: massimo **€ 1.100** per intervento o ricovero.	**€ 3.000** No scoperti/franchigie
Parto cesareo • onorari dell'équipe medica, diritti di sala operatoria e materiali utilizzati; • assistenza medica, ostetrica e infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti del ricovero; • rette di degenza fino al limite giornaliero di **€ 250**; • trasporto in autoambulanza: massimo **€ 1.100** per intervento o ricovero.	**€ 10.000** Scoperti e franchigie come area ricovero
Interventi per la correzione del vizio di rifrazione Spese per interventi di cura o eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione/miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.	**€ 1.200** per occhio
Indennità sostitutiva Rimborso integrale per ogni pernottamento in istituto di cura; al 50% in caso di Day Hospital.	**€ 100** Fino a 150 giorni per annualità assicurativa
Alta specializzazione Amniocentesi nei casi previsti; Angiografia, Arteriografia, Cistografia, Coronarografia, Doppler, Ecocardiografia, Elettromiografia, Endoscopia, esame urodinamico completo, Holter, Isterosalpingografia, MOC, RMN, Scintigrafia, PET, TAC, Urografia. **di cui: Protesi ortopediche e apparecchi acustici**	**€ 15.000** Scoperto: in rete: 10% fuori rete: 25% Ticket: rimborso al 100% Protesi e apparecchi acustici: limite **€ 1.500**
Visite specialistiche (escluse pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche), esami diagnostici e di laboratorio **Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (logopedia com**	**€ 4.000** Scoperto visite/esami: in rete: 10% fuori rete: 25% Ticket: rimborso al 100% Scoperto trattamenti:

GARANZIE	MASSIMALI ANNUO/NUCLEO
presa) Prescritti da medico specialista ed eseguiti in centro specializzato o da professionisti iscritti al relativo Albo. **Medicinali**	in rete: € 0 fuori rete: 15% Ticket: rimborso al 100% Medicinali: **sotto limite € 500**
Cure oncologiche	**€ 6.000**
Cure dentarie da infortunio Documentato da certificazione del Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.	**€ 1.500** Scoperto 30% Ticket: rimborso al 100%
Lenti correttive (escluse montature), solo a seguito di modifica del visus	**€ 300** per persona Scoperto 20%
Pacchetto maternità • n. 4 ecografie, compresa la morfologica; • analisi clinico-chimiche da protocollo; • alternativamente: amniocentesi, villocentesi o test equivalente (Harmony test); • n. 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche; • n. 1 ecocardiografia fetale; • n. 1 visita ginecologica post parto; • 2 visite urologiche; • un ciclo di fisioterapia riabilitativa del pavimento pelvico post parto; • 3 colloqui psicologici post parto.	**€ 600** No scoperti/franchigie
Medicina preventiva generale Per gli assicurati di sesso maschile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), RX Torace, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia dell'addome; Per gli assicurati di sesso femminile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), RX Torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale); Per tutti gli assicurati sono previsti i seguenti esami sangue: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina(PT), VES, esame delle urine, una ricerca di sangue occulto nelle feci (hemmocult), una visita dermatologica per controllo nei con esame della cute.	La garanzia vale fino a concorrenza del massimale di **€ 400** per annualità assicurativa. Per alcune delle prestazioni elencate i protocolli medici richiedono prescrizione medica. Il rimborso verrà effettuato senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

Cure dentarie	IN RETE	FUORI RETE
Visite	100%	0%
Igiene orale	100%	0%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Endodonzia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Protesi	80%	60%
Ortognatodonzia	80%	60%
Implantologia	80%	60%
Massimale annuo nucleo	**€ 1.700**	