

POLIZZE SANITARIE CONVENZIONE ENPAM-GENERALI
Nr. 273669331 e 273669332
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
SEZIONE I - DEFINIZIONI

Art.1 -

Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:** Fondazione E. N. P.A.M. per conto di chi spetta, e a favore degli Assicurati.
 - **Società:** Assicurazioni Generali S.p.A.
 - **Assicurato:** Colui il quale abbia aderito (e abbia versato il premio annuale di polizza) alla presente Assicurazione e abbia delegato l' EN.P.A.M. ad accettare, nel proprio interesse con effetto vincolante, modifiche di carattere generale alla Polizza-Convenzione, a valere all' annualità successiva. L' Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti:
 - 1) il medico e l' odontoiatra iscritto all'EN.P.A.M. (in attività o pensionato);
 - 2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
 - 3) i componenti degli Organi Statutari dell' ENPAM e della F.N.O.M.C eO.;
 - 4) il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all' ONAOSI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
 - 5) L' insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti indicati al punto 1), 2),3) 4) che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l' apposito modulo di adesione, e per i quali sia stato versato il relativo premio annuale di polizza, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. Quali componenti il nucleo familiare si intendono: il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi fiscalmente a carico.
- In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:
- a) i componenti del nucleo familiare del medico e/o pediatra di base che abbia la residenza nel luogo di prestazione del servizio, come richiesto dalle vigenti normative;
 - b) i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico;
- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
 - **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
 - **Centrale Operativa:** la struttura della Società, costituita da medici ed operatori cui presentare la richiesta di presa in carico per l' indennizzo tramite pagamento diretto di prestazioni previste dal contratto
 - **Day Hospital:** degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
 - **Franchigie e scoperti:** l'importo che rimane a carico dell'Assicurato.
L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza.
 - **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;

- **Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Massimale per Assicurato:** la disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per ciascun Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo;
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- **Premio:** la somma dovuta, dai singoli aderenti alla polizza, alla Società per il tramite della Contraente;
- **Presa in carico:** atto della Centrale Operativa di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate nella rete convenzionata;
- **Ricovero ospedaliero:** degenza in istituto di cura, comportante almeno un pernottamento;
- **Sinistro:** l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione;
- **Rete convenzionata:** insieme di istituti di cura, ambulatori ed équipes mediche convenzionati con la Società, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire dell'indennizzo tramite pagamento diretto delle prestazioni sanitarie garantite in polizza;
- **Visita specialistica:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione;

SEZIONE II - PRESTAZIONI

Art.2 –

A) La garanzia di cui al presente articolo è prestata:

- per il solo aderente avente diritto (come descritto ai punti 1- 2- 3- 4 dell' art. 1), se sia stato pagato il premio di € 160,00;
- per l'intero nucleo familiare come da definizione (compreso l'aderente avente diritto come descritto ai punti 1- 2- 3- 4 dell' art.1) se sia stato pagato il premio annuo di :
- **€ 360,00** per nucleo familiare composto da un solo familiare, oltre l' avente diritto ;
- **€ 480,00** per nucleo familiare composto da due o più familiari, oltre l' avente diritto;

sino a concorrenza della somma di **€ 700.000,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

A1) - La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute a seguito di ricovero con intervento, anche in regime di day hospital ed intervento ambulatoriale, così regolamentate:

A1.1) Durante il periodo di ricovero con intervento chirurgico, sono rimborsate le spese relative a:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento (compresi i trattamenti terapeutici e di anestesia erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'Intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero anche in regime di day hospital relativo all'intervento subito;
- rette di degenza;

- 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.
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese funerarie e per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 5.200,00.

A1.2) Per i periodi precedenti o successivi al ricovero con intervento, sono rimborsate le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti al ricovero con intervento chirurgico effettuato in istituti di cura;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozelle ortopediche), effettuate nei 120 giorni successivi al termine del ricovero con intervento, e rese necessarie dall'intervento chirurgico. Dalle spese sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero con intervento, sono sempre escluse quelle relative a rette di degenza e simili.

A1.3) Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero con intervento chirurgico, non presenti richiesta di rimborso *di spese sostenute* a carico della presente polizza, la Società, in alternativa e su richiesta dell'assicurato a termini del successivo art. 9 (denuncia di infortunio o malattia), corrisponderà un'indennità di €200,00 per ogni giorno di ricovero, con pernottamento, per una durata massima di 150 giorni, per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

Tale indennità verrà corrisposta al 50% in caso di ricovero con intervento in day hospital.

A 2) "Grave Evento Morboso", identificandosi come tale l'evento compreso nell'elenco di cui all'Allegato A, che necessita di ricovero, senza intervento chirurgico, o di trattamento medico domiciliare. L'affezione, diagnosticata per la prima volta successivamente all'entrata in garanzia dell'Assicurato, deve comportare una Invalidità Permanente pari almeno al 66% della totale comprovata da certificazione medica che sarà sottoposta ad accertamento da parte della Società.

A2. 1) La Società rimborsa in caso di ricovero, anche in regime di day hospital:

- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 30 giorni precedenti il ricovero;
- le spese, con il limite di €15.500,00 per assicurato, sostenute nei 210 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura a seguito del primo ricovero in garanzia avvenuto nell'arco di validità della polizza e relativo all'evento morboso diagnosticato, per:
 - visite specialistiche;
 - esami ed accertamenti diagnostici;
 - terapie mediche, chirurgiche, riabilitative; farmacologiche riconosciute dalla Farmacopea Ufficiale Italiana;
 - prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari con esclusione di quelle meramente assistenziali;

A2. 2) in caso di solo trattamento domiciliare, le spese documentate per:

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;

- terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche riconosciute dalla Farmacopea Ufficiale Italiana;
- prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari con esclusione di quelle meramente assistenziali sostenute nei 180 giorni successivi alla data in cui è stato diagnosticato per la prima volta l'evento morboso dopo la stipulazione del contratto. Tali spese saranno rimborsate con il massimo di €20.600,00 per assicurato.

A2. 3) Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato a seguito di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso *di spese sostenute per ricovero* a carico della presente polizza, la Società, , in alternativa e su richiesta dell'assicurato a termini del successivo art. 9 (denuncia di infortunio o malattia), corrisponderà, purchè in presenza di idonea documentazione clinica, un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero con pernottamento, per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato. Tale indennità verrà corrisposta al 50% in caso di ricovero in day hospital.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

A 3) Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde - su richiesta dell'Assicurato - l'importo versato a tale titolo entro il 80% delle spese preventivate dall'istituto di cura, salvo conguaglio a cure ultimate.

A 4) Cure Oncologiche

La Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza della somma di €8.500,00 per anno assicurativo, le spese sostenute per tutte le terapie rese necessarie da malattia oncologica. *In caso di terapia effettuata in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital, oltre al costo delle terapie, saranno rimborsate esclusivamente le rette di degenza con il limite di € 150,00 al giorno e comunque sino a concorrenza della somma complessiva assicurata di € 8.500,00*

B) - Nell'ambito del massimale indicato al precedente art. 2) e delle condizioni di cui alla lettera A ed entro i limiti sottoindicati, la garanzia si intende estesa al rimborso delle spese documentate per:

B 1) trasporto:

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo all'istituto di cura, in Italia o all'Estero, col massimo di € 1.550,00;

B 2) accompagnatore

- 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 € 100,00 ed il massimo di gg. 15; detti limiti vengono elevati a €160,00 giornaliero e a gg. 20 in caso di intervento chirurgico avvenuto all'Estero.

B 3) protesi ortopediche

- acquisto, fino a concorrenza dell'importo di € 5.200,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per assicurato.

B 4) Parto cesareo – Limite di prestazione.

In caso di ricovero per parto cesareo la Società rimborsa le spese sostenute di cui alla lettera A1) con il limite massimo di € 5.000,00 per evento.

C) Assistenza diretta mediante rete convenzionata

Le Assicurazioni Generali, hanno studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nei quali gli Assicurati possono ricoverarsi, a parziale deroga di quanto previsto dal successivo art. 10, con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle spese non previste dalla polizza stessa.

Tale servizio non si applica per le spese previste a seguito di Grave Evento Morboso, di cui all' art. 2, lett. A2.

Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto.

D) Le garanzie di cui alle lettere A e B sono operanti previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di €500,00 e massimo di €5.200,00 per ciascun ricovero o trattamento domiciliare, scoperto che non verrà applicato in caso di ricorso all' assistenza diretta.

SEZIONE III - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art.3) Limiti delle prestazioni.

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza-Convenzione.

Per gli aderenti già assicurati precedentemente dalla Convenzione Enpam/Generali, si intendono esclusi gli interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data di prima adesione, da parte di ciascun Assicurato alla Convenzione Enpam/Generali, senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonchè ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e depressive nonchè quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- psicoterapia e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati fino al compimento del 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- interventi per correzione o eliminazione di difetti fisici;
- interventi per correzione o eliminazione di malformazioni diagnosticate e/o conosciute precedentemente alla data di prima adesione alla Convenzione Enpam/Generali, senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione.
- cure ed interventi finalizzati al trattamento dell' infertilità e comunque quelli relativi all' inseminazione artificiale;
- agopuntura se non effettuata da medico specialista abilitato all'esercizio dell'attività a norma delle vigenti disposizioni di legge;
- qualsiasi altra prestazione di cosiddetta "medicina alternativa";
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza e sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;

- infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere;
- protesi dentarie, cure dentarie e parodontarie ad eccezione di quelle a scopo ricostruttivo, rese necessarie da infortunio;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, ad eccezione delle conseguenze subite da medici radiologi od assimilabili per effetto dello svolgimento della propria attività lavorativa, se non assistiti dall' I.N.A.I.L.;
- cure ed interventi per la correzione e/o eliminazione dei vizi di rifrazione.

Art. 4)

Persone non assicurabili

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, aids e alcolismo non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 5)

Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero

Art. 6)

Durata contrattuale

Il presente contratto ha durata biennale decorre dalle ore 24 del 31.05.2007 e scade alle ore 24 del 31.05.2009

SEZIONE IV - ADEMPIMENTI

Art. 7)

Forma delle comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Società.

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, telex o telefax.

Art.8)

Pagamento del premio complessivo e cumulativo da parte della Contraente - Decorrenza dell'assicurazione.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio complessivo della prima annualità è stato pagato ***entro 90 giorni dalla decorrenza del contratto***, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio complessivo relativo all' annualità successiva, il termine previsto dall' art. 1901 del C.C. è prorogato a 90 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l' assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza del termine stesso. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Il premio annuo complessivo, ***relativo alle quote di adesione di polizza ricevute***, sarà versato dall' E.N.P.A.M. all'Agenzia Generale di Roma della Società.

SEZIONE V - LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Art. 9) Denuncia dell'infortunio o della malattia

L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento che ne abbia avuto la possibilità, ed entro un anno a pena di decadenza. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica. La denuncia deve essere inoltrata a "GGL – Gruppo Generali

Liquidazione Danni SpA (Gestione Sinistri polizze ENPAM) Via Castelfidardo, 43/45 - Piano 5° - 00185 ROMA”.

L'Assicurato deve consentire alla visita di medici della Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Le procedure di denuncia e di presentazione della documentazione possono costituire oggetto di apposito regolamento a parte.

Art. 10) Criteri di liquidazione.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 40 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica completa, ivi compresa la cartella clinica, e, in originale, delle relative notule e fatture debitamente quietanzate.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto rimasto effettivamente a carico dell'Assicurato solo su presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato con indicazione di quanto rimborsato dal suddetto Ente o Assicuratore nonchè copia del documento comprovante il rimborso effettuato.

Per le spese sostenute all'estero nei paesi non facenti parte dell' area Euro i rimborsi verranno eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

In caso di ritardato pagamento oltre il termine di 40 giorni, la Società corrisponderà gli interessi legali calcolati dal quarantunesimo giorno successivo alla data di ricezione della documentazione completa, al giorno dell' effettivo pagamento.

Art. 11) Controversie – Arbitrato.

11 a) E' costituita una Commissione paritetica, espressa dalle parti, per la gestione delle controversie in relazione :

- alla liquidabilità dei rimborsi richiesti dagli assicurati;
- alla soluzione di eventuali contrasti interpretativi del contratto.

Per questi due argomenti la Commissione esamina i casi ad Essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà poi comunicato dalla Società all' Assicurato.

La Commissione avrà anche il compito di :

- verificare la congruità e l' onere delle prestazioni e dei rimborsi conseguenti a richieste formulate dagli assicurati ;
- monitorare l' utilizzo del contratto da parte degli Assicurati per un controllo costante dell' andamento della polizza;
- formulare, se necessario, indicazioni di modifiche contrattuali per l' annualità successiva alla scadenza del contratto, di cui all' art. 13).

11 b) Arbitrato.

Qualora l' Assicurato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione Paritetica per i casi di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonchè sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, ha facoltà di chiedere un arbitrato. In tal caso l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il Collegio medico risiede nel comune di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

11 c) Si prende atto tra le parti che la Fondazione ENPAM rimane sempre estranea da ogni eventuale controversia tra la Società e l'Assicurato, derivante dall'applicazione della presente polizza.

Art. 12) Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente articolo 11 è competente esclusivamente il Foro di Roma.

SEZIONE VI - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 13) Recesso dal contratto e Rinnovazione del contratto .

Art. 13.1) Relativo alle parti contraenti (Società e Contraente come definito all' art. 1)

Alla scadenza prevista nel contratto, ciascuna delle Parti ha facoltà di recedere dalla Polizza- Convenzione mediante lettera raccomandata con preavviso di novanta giorni.

In mancanza di tale disdetta, la Polizza-Convenzione si intende rinnovata per una ulteriore annualità e così successivamente ad ogni scadenza annuale.

Art. 13.2) Relativo al singolo aderente alla polizza /convenzione -

In deroga all' art. 1901 del C.C. le Parti (Società, Contraente,Assicurato) si danno reciprocamente atto che qualora alla scadenza di ogni annualità assicurativa, e rinnovatosi tacitamente il contratto, non sia corrisposto il premio relativo alla successiva annualità da parte del singolo aderente all' assicurazione, quest' ultima, trascorsi 30 giorni, sarà risolta di diritto con riferimento al singolo aderente stesso.

Art. 14) Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico dell'Assicurato per le parti di sua competenza.

Art. 15) Premio

Il premio per ogni iscritto che intenda aderire è così stabilito:

- € 160,00 annue comprensive delle imposte in vigore, se l' aderente avente diritto (come descritto ai punti 1-2-3-4- dell' art.1) assicura soltanto se stesso ;
- per l' intero nucleo familiare come da definizione (compreso l' aderente avente diritto come descritto ai punti 1- 2- 3- 4- dell' art.1) se sia stato pagato il premio annuo di :
 - € 360,00 per nucleo familiare composto da un solo familiare, oltre l' avente diritto ;
 - € 480,00 per nucleo familiare composto da due o più familiari, oltre l' avente diritto;

Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati dagli Assicurati.

Firma Compagnia

Firma Contraente

Agli effetti dell'articolo 1341 II comma C.C. la contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle condizioni generali di assicurazione:

Art. 11 (Istituzione della Commissione Paritetica. Deferimento di controversie ad un collegio medico arbitrale.)

Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)

Art. 13.1 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Tacito rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

Art. 13.2 (Risoluzione dell' assicurazione del singolo aderente che non abbia corrisposto il premio di rinnovo entro 30 giorni dalla scadenza annuale)

Firma Contraente

ALLEGATO " A " - Elenco dei Gravi Eventi Morbosi

Si considerano : " Grave Evento morboso " le seguenti patologie:

- Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - a) ulcere torpide e decubiti; b) sovrinfezioni; c) infezioni urogenitali; d) ipertensione instabile; e) neuropatie; f) vasculopatie periferiche.
- Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni: a) dispnea; b) edemi declivi e stasi polmonare; c) ipossiemia; d) aritmie.
- Cardiopatia ischemica
- Insufficienza cardiaca congestizia
- Angina instabile
- Aritmie gravi
- Infarto e complicanze
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:
 - a) acuta; b) edema polmonare; c) cronica in trattamento riabilitativo; d) con ossigenoterapia domiciliare continua; e) con ventilazione domiciliare; f) cronica riacutizzata.
- Insufficienza renale acuta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale).
- Neoplasie maligne: accertamenti e cure
- Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.
- Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%
- Patologie neuromuscolari evolutive.
- **Paraplegie**
- **Emiplegia**
- Tetraplegia
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Miopatie
- Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
- Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali.
- **Vasculopatie ostruttive di grossi vasi con risentimento di organi ed apparati.**
- Morbo di Parkinson

- Stato di coma
- M. di Alzheimer

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Le Assicurazioni Generali, in collaborazione con GGL (Gruppo Generali Liquidazione), hanno studiato e realizzato per ENPAM un nuovo servizio di accesso ad una Rete di Centri Clinici Convenzionati, in grado di fornire agli Assicurati prestazioni sanitarie di elevata qualità ed a costi vantaggiosi.

Per accedere ai servizi è necessario che l'Assicurato contatti preventivamente la Centrale Operativa, in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, il sabato dalle 8 alle 13, chiamando dall'Italia e dall' Estero il numero **02 – 58240015** comunicando: nome e cognome, numero di polizza e recapito telefonico.

In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all' assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DELLA CENTRALE OPERATIVA PER LA PROCEDURA DI PAGAMENTO DIRETTO DEI RICOVERI NEI CENTRI CLINICI CONVENZIONATI.

Il servizio comprende:

Accesso alla Rete di Centri Clinici Convenzionati e d'Equipes Mediche Convenzionate |

Prenotazione del Centro Clinico Convenzionato

Per Rete di Centri Clinici Convenzionati si intende l'insieme le strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura) e dei professionisti convenzionati con GGL, alla quale l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Qualora l'Assicurato necessiti di una prenotazione per un ricovero è sufficiente che contatti la Centrale Operativa: la denuncia del sinistro si identifica con l'attivazione, previa telefonata, della Centrale Operativa.

Valutate le specifiche esigenze cliniche dell'Assicurato ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, la Centrale Operativa, in nome e per conto dell'Assicurato:

1. se trattasi di ricovero con intervento chirurgico, prenoterà il ricovero e l'Équipe medica convenzionata presso il Centro Clinico convenzionato, dandone conferma telefonica all'Assicurato.
2. se trattasi di ricovero senza intervento chirurgico, per la sola fattispecie della garanzia A4- Cure oncologiche - della polizza, prenoterà il solo ricovero presso il Centro Clinico convenzionato, dandone conferma telefonica all'Assicurato.

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 Équipe 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, *senza* l'applicazione di alcun o scoperto o franchigia..

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.

L' indennizzo tramite pagamento diretto non è possibile nei seguenti casi:

- a) quando non sia stato confermata la presa in carico da parte della Centrale Operativa;
- b) quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermata la presa in carico 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 tuttavia l'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese richiedendone successivamente il rimborso nei termini e con le modalità previsti dal contratto (pagamento a rimborso).

Centri Clinici Convenzionati

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

Tale rete convenzionata è suscettibile di modifiche nel corso dell'anno, potendo GGL stipulare nuovi accordi o recedere da convenzioni in essere nel periodo di validità del servizio reso in favore degli Assicurati di ENPAM.

Pertanto l'elenco riportato nella presente Guida ha valore orientativo per l'Assicurato.

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.

Indennizzo tramite pagamento diretto

Per una efficace attivazione della procedura di pagamento diretto è necessario che la Centrale Operativa venga contattata in via **eliminabile** da parte dell'Assicurato, con preavviso di almeno 4 giorni, chiamando dall'Italia o dall'estero il numero **02 – 58240015** 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, al fine di proseguire nella gestione, è necessario che l'assicurato trasmetta via fax allo 041-2598849 la prescrizione medica con l'indicazione della prestazione da effettuare corredata dalla necessaria e completa documentazione medica indicante la diagnosi patologica nonché la storia anamnestica relativa alla prestazione che si richiede. La verifica della documentazione clinica completa si rende necessaria al fine di confermare l'operatività della copertura anche e soprattutto relativamente all'art. 3 – Limiti delle prestazioni.

Qualora la Centrale Operativa non ritenga la documentazione inviata sufficiente a garantire con certezza l'operatività della copertura, non verrà confermata la presa in carico restando ferma la facoltà dell'Assicurato di richiedere il rimborso delle spese sostenute.

La preventiva richiesta dell'assicurato, l'invio della prescrizione del medico che certifichi la necessità della prestazione e la successiva conferma da parte della Centrale Operativa sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto.

L'Assicurato che intenda avvalersi dell'indennizzo tramite pagamento diretto - su richiesta della Centrale Operativa - è obbligato a esibire copia della adesione e attestazione del pagamento del premio di polizza a dimostrazione del diritto alla copertura assicurativa.