

# MEDICO MEDICO Medico

AGGIORNAMENTO E CULTURA, HOBBIES, STORIE DI MEDICI E PROBLEMI VARI

INSERTO REDAZIONALE GIORNALE DELLA PREVIDENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI N. 3/2003

## ASSICURAZIONE: LE POLIZZE

LE GENERALI CHE HANNO STIPULATO SIN DAL 1999 UNA CONVENZIONE CON L'ENPAM, HANNO RINNOVATO LA CONVENZIONE CON IL CONTRATTO DI POLIZZA. LA SOCIETÀ ASSICURATRICE PER QUANTO RIGUARDA L'OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA, MA, SOPRATTUTTO, LO STATO DI AVANZAMENTO DELLE PRATICHE DI SINISTRO PER EVENTUALI INDENNIZZI METTE A DISPOSIZIONE DAL LUNEDÌ AL GIOVEDÌ (8,30-12,30; 14,30-17) E AL VENERDÌ (8,30-12,30) UNA SPECIALE LINEA TELEFONICA: 02 673 98 399

### SEZIONE I - DEFINIZIONI

#### Art.1 -

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

- **Contraente:** E. N. P.A.M.
  - **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'E.N.P.A.M. ad accettare, nel proprio interesse con effetto vincolante, modifiche di carattere generale alla Polizza-Convenzione, con effetto dalla data di scadenza. L'Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti: il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato); i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità; i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della F.N.O.M.C. e O.; il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C. e O., 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;
  - **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
  - **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
  - **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
  - **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
  - **Premio:** la somma dovuta alla Società;
  - **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
  - **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;
  - **Ricovero ospedaliero:** degenza in istituto di cura, comportante almeno un pernottamento;
  - **Day Hospital:** degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
  - **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
  - **Visita specialistica:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione;
  - **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;
  - **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;
- **Sinistro:** l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

### SEZIONE II - PRESTAZIONI

#### Art.2 -

La garanzia di cui al presente articolo è prestata sino a concorrenza della somma di **Euro 258.229,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

**A** - La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi

### POLIZZA BASE

#### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Polizza n. 81303312

nell'anno assicurativo, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per:

- A 1) "Grande Intervento Chirurgico"** effettuato in istituto di cura, intendendosi per tale ogni intervento compreso nell'elenco allegato **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 relativo all'intervento subito;
  - rette di degenza;
  - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
  - esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico;
  - prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianamento, 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 Euro 5.165,00.

#### Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di intervento subito, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di Euro 104,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 150 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

**A 2) "Grave Evento Morboso"**, identificandosi come tale l'evento compreso nell'elenco di cui all'Allegato B, 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.*

#### 1): in caso di ricovero:

- 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;

**Nonchè**, con il limite di Euro 10.330,00 per assicurato le spese sostenute nei 180 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;

**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 Euro 15.494,00 per assicurato.

#### Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato a seguito di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, purchè in presenza di idonea documentazione clinica, un'indennità di Euro 78,00 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

#### A 3) Day Hospital

In caso di degenza in istituto di cura in regime di "day hospital" superiore a giorni due consecutivi, la Società assicura il rimborso delle spese come previsto dai precedenti punti A1) e A 2). Le festività non interrompono la continuità della degenza.

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

#### 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 l'80% delle spese preventivate dall'istituto di cura, salvo conguaglio a cure ultimate.*

**B** - Nell'ambito del massimale suindicato 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 Euro 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 Euro 78,00 ed il massimo di gg. 15; detti limiti vengono elevati a Euro 130,00 giornaliero e a gg. 20 in caso di intervento chirurgico avvenuto all'Estero.

segue a pag.2



**POLIZZA BASE - Polizza n. 81303312**

segue dalla prima pagina

**B 3) protesi ortopediche**

- acquisto, fino a concorrenza dell'importo di Euro 5.165,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per assicurato.

La garanzia di cui alle lettere A e B è operante previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 510,00 e massimo di Euro 5.150,00.

Per gli Assicurati con età di entrata superiore a 75 anni, detto scoperto è fissato al 20% con il minimo di Euro 1.530,00 ed il massimo di Euro 5.150,00.

Una commissione paritetica, espressa dalle parti, verificherà l'andamento e l'onere delle prestazioni, e - se necessario - formulerà indicazioni di modifiche contrattuali per i rinnovi successivi alla scadenza di cui all'art. 13.

---

**SEZIONE III  
DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**


---

**Art.3)**
**Limiti delle prestazioni**

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché 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 nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- psicoterapia e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- interventi per correzione o eliminazione di difetti fisici;
- 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 paradentarie 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.
- *interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data della prima adesione da parte di ciascun Assicurato alla Polizza-Conventione senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;*
- *cure ed interventi per l'eliminazione e/o correzione 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 di due anni, decorre dalle ore 24 del 31.05.2002 e scade alle ore 24 del 31.05.2004.

---

**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 - Decorrenza dell'assicurazione.**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio della prima annualità è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio relativo alla seconda annualità il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 30 giorni. Resta peraltro inteso che, qualora entro il predetto termine il premio non venisse pagato, l'assicurazione cesserà il suo effetto dalle ore 24 del giorno di scadenza della prima annualità. Il premio annuo complessivo di polizza 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 non appena ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata della necessaria documentazione medica.

La denuncia deve essere inoltrata a "GGL - Gruppo Generali Liquidazione danni SpA (Gestione Sinistri polizze EN-PAM) Via Vittor Pisani, 13 - 20124 Milano".

L'Assicurato deve consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, 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 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica ed, 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 nonché 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.

**Art. 11)**
**Controversie**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, 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, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

**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 - Rinnovazione del contratto**

Alla scadenza del primo biennio ciascuna delle Parti ha facoltà di recedere dalla Polizza-Conventione mediante lettera raccomandata con preavviso di novanta giorni.

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

Resta inteso che, qualora alla scadenza di ciascuna annualità il numero complessivo dei singoli aderenti all'assicurazione sia inferiore al numero indicato nella Convenzione tra

la Società e la Contraente, la Polizza-Conventione sarà risolta di diritto.

Qualora alla scadenza della prima annualità non sia corrisposto il premio relativo alla seconda annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 15 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 singolo Assicurato è di Euro 51,65 annue comprensive dell'imposta sulle assicurazioni in vigore. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati da ciascun Assicurato.

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 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)

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

Art. 13 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Tattico rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

---

**ALLEGATO "A"  
ELENCO GRANDI INTERVENTI  
CHIRURGICI**


---

<b>ANALGESIA</b>	Enterostomia, ano artificiale e chiusura
Blocco dell'ipofisi	Enteroanastomosi
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>	Resezione del tenue
<i>Collo</i>	Resezione ileo-cecale
Trattamento ferite profonde del collo	Colonscopia operativa
Asportazione delle ghiandole salivari	Colectomia totale
Asportazione di cisti, fistole e neoformazioni del collo	Colectomie parziali
Linfectomia cervicale bilaterale	Appendicectomia con peritonite diffusa
Linfectomia cervicale mono laterale	<i>Retto - Ano</i>
Interventi sulla tiroide:	Estrazione di corpi estranei dal retto con intervento
tiroideomie parziali	Rectosigmoidoscopia operativa
tiroidectomia totale	Interventi per ascesso perianale
tiroidectomia allargata per neoplasia maligna	Interventi per ascesso del cavo ischio-rettale
Gozzo retrosternale	Operazione per fistole anali e del cavo ischio rettale
Gozzo retrosternale con mediastinotomia	Operazione per emorroidi e ragadi solo se recidive
Interventi sulle paratiroidi	Interventi per neoplasie per retto - ano
Faringotomia ed esofagotomia	Cisti e fistole sacro - coccigee
Interventi per diverticolo dell'esofago	Prolasso del retto
Resezione dell'esofago cervicale	Operazione per megacolon
<i>Addome (parete addominale)</i>	Proctocolectomia totale
Laparotomia per drenaggio di peritoniti	<i>Fegato</i>
Laparotomia esplorativa	Drenaggio di ascesso epatico
Intervento per ernia inguinale o crurale complicata o recidiva	Interventi per echinococchi
Ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva	Resezioni epatiche
Laparocèle post-operatorio	Colecistectomia
Laparocèle	Esplorazione chirurgica delle vie biliari
Intervento per ernie diaframmatiche	Derivazioni biliodigestive
Ernie rare (ischiatriche, otturatorie, lombari, ecc.)	Interventi sulla papilla di Vater
Intervento iatale con funduplicatio	Reinterventi sulle vie biliari
<i>Peritoneo</i>	Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	Interventi chirurgici per ipertensione portale
<i>Esofago</i>	Epatotomia
Esofagoscopia operativa	Coledocotomia
Interventi sull'esofago	Papillotomia per via transduodenale
<i>Stomaco, duodeno</i>	Deconnessione azigos-portale per via addominale
Gastrostomia	<i>Pancreas - Milza</i>
Gastro enterostomia	Interventi per pancreatite acuta
Resezione gastrica	Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Gastroectomia totale	Interventi per pancreatite cronica
Resezione gastro per ulcera peptica post-operatoria	Interventi per neoplasie pancreatiche
Intervento per fistola gastroduodenale	Splenectomia
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	<i>Torace - parete toracica</i>
Cardioplastica	Asportazione di tumori benigni della mammella
Vagotomia	Interventi per tumori maligni della mammella
<i>Intestino</i>	Toracotomia esplorativa
Emicolectomia	Drenaggio pleurico
	Resezioni costali
	Correzioni di malformazioni parietali
	<i>Interventi sul mediastino</i>

segue a pag. 3



segue da pag. 2

Interventi per ascessi  
Interventi per tumori

*Interventi su polmone - bronchi - trachea*

Interventi per ferite del polmone  
Interventi per ascessi  
Interventi per fistole bronchiali  
Interventi per echinococco  
Resezioni segmentarie e lobectomia  
Pneumectomia  
Pleuroneumectomia  
Broncoscopia operativa  
Tumori della trachea  
Resezione bronchiale con reimpianto  
Timectomia

*Cardiochirurgia e chirurgia toracica*

Tutti gli interventi :  
a cuore chiuso,  
a cuore aperto

Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio  
Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento  
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso  
Fistole artero-venose polmonari  
Intervento in ipotermia per coarctazione aortica senza circolo collaterale  
Trapianto cardiaco  
Impianti di by-pass aorto-coronarico

*Neurochirurgia*

Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare  
Registrazione della pressione intracranica  
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche  
Intervento per encefalomeningocele  
Intervento per craniostenosi  
Asportazione tumori ossei cranici  
Interventi per traumi cranio cerebrali  
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)  
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale  
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale  
Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale  
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici  
Anastomosi endocraniche dei nervi cranici  
Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici  
Intervento sulla ipofisi  
Asportazione tumori dell'orbita  
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)  
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)  
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche  
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica  
Intervento per epilessia focale e callosotomia  
Emisferectomia  
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore  
Neurotomia retrogasseriana - resezione intracranica di altri nervi  
Talamotomia-palidotomia ed altri interventi similari  
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore  
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto  
Anastomosi dei vasi extra-intracranici  
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo  
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario  
Laminectomia esplorativa o decompressiva  
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari  
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomieli, ascessi, etc.)

Interventi per traumi vertebro-midollari  
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica  
Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore  
Somatotomia vertebrale  
Interventi per ernia del disco dorsale  
Asportazione di ernia del disco lombare  
Spondilolistesi  
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocoele, mielomeningocele, etc.)  
Cordotomia e mielotomia percutanea  
Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro  
Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza

*Nervi periferici*

Asportazione tumori dei nervi periferici  
Anastomosi extracraniche di nervi cranici  
Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, neurotomie, nevrectomie, decompressive  
Interventi sul plesso brachiale

*Interventi sul sistema nervoso simpatico*

Simpaticectomia cervico-toracica e lombare

**CHIRURGIA VASCOLARE**

Sutura arterie periferiche  
Interventi per aneurismi arteriosi, omerale, poplitea, femorale  
Interventi per aneurismi arterovenosi  
Legatura arterie  
Sutura dei grossi vasi  
Embolectomia e tromboectomia arteriosa  
Interventi per stenosi ed ostruzione arteriose  
Disostruzione e by-pass arterioso periferiche  
Tromboectomia venosa periferica iliaca cava  
Legatura vena cava inferiore  
Resezione arteriosa con plastica vasale  
Interventi per innesti di vasi  
Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale  
Anastomosi mesenterica-cava  
Anastomosi porta-cava e spleborenale

*Interventi per vene varicose*

Reintervento per varici recidive  
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti

**CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)**

*Generalità*

Trasferimento di lembo libero microvascolare

*Cranio-faccia e collo*

Gravi e vaste mutilazioni del viso  
Riduzione fattura orbitaria  
Cranioplastica  
Colobome  
Rare deformità cranio facciali  
Labioschisi bilaterale  
Labioalveoloschisi bilaterale  
Palatoschisi totale  
Interventi di push-back e faringoplastica  
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi  
Intervento per anchilosi temporomandibolare  
Ricostruzione della emimandibola  
Progenismo, laterognazia, programatismo (per ogni tempo operatorio)  
Plastica per paralisi del nervo facciale: (per ogni tempo operatorio)  
Statica - dinamica

*Torace ed addome*

Ricostruzione della parete addominale  
Ricostruzione mammaria postmastectomie sottocutanee (protesi escluse)  
Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale (protesi escluse)  
Plastica per ipospadia ed epispodia  
Plastica ricostruttiva per estrofia vescivale (per tempo operatorio)  
Ricostruzione vaginale  
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)

*Arti*

Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)  
Trattamento mano reumatoidale (protesi escluse)  
Morbo di Dupuytren  
Ricostruzione del pollice  
Reimpianto microchirurgico del dito  
Neurólisi  
Neuroraffia  
Linfedema arti inferiori

**Plastica estetica (interventi ammessi, solo se compresi in garanzia)**

Rinoplastica correttiva (se vi è danno funzionale)  
Rinosettoplastica (se vi è danno funzionale)  
Settoplastica (se vi è danno funzionale)

**CHIRURGIA PEDIATRICA**

*Operazioni pediatriche tipiche*

Cranio bifido con meningocele  
Cranio bifido con meningoencefalocele  
Craniostenosi  
Idrocefalo ipersecretivo  
Fistola auris congenita  
Torcicollo miogeno congenito unilaterale  
Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato  
Linfangioma cistico del collo  
Neurólisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica  
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica  
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)  
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)  
Atrisia congenita dell'esofago  
Fistola congenita dell'esofago  
Torace ad imbuto e torace carenato  
Ipertensione portale nel bambino (applicazione di sonda)  
Trattamento chirurgico  
Stenosi congenita del piloro  
Occlusione intestinale del neonato:  
a) malrotazione bande congenite, volvolo  
b) atresie necessità di anastomosi  
c) ileo meconiale: ileostomia semplice  
resezione secondo Mickulicz  
resezione con anastomosi primitiva  
Atrisia dell'ano semplice:  
a) abbassamento addomino perineale  
b) operazione perineale  
Atrisia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:  
abbassamento addomino perineale  
Prolasso del retto:  
a) cerchiaggio anale  
b) operazione addominale  
Stenosi congenita dell'ano:  
a) plastica dell'ano

Teratoma sacrococcigeo

Megauretere:  
a) resezione con reimpianto  
b) resezione con sostituzione di ansa intestinale

Nefrectomia per tumore di Willms

*Spina bifida:*

a) meningocele  
b) mielomeningocele

Megacolon:  
a) colostomia  
b) resezione anteriore  
c) operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

Esonfalo

Fistole e cisti dell'ombelico:  
a) dell'uraco  
b) del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

*Interventi incruenti:*  
Riduzione di fratture-lussazioni della colonna vertebrale

*Interventi cruenti*  
Resezioni ossee  
Amputazioni:  
a) medi segmenti  
b) grandi segmenti

Pseudoartrosi:  
a) grandi segmenti  
Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrusione  
Osteosintesi anche con fissatori esterni

Costruzione di monconi cinematografici

Interventi per costola cervicale  
Scapulopessi  
Asportazione di tumori ossei  
Trapianti ossei o protesi diafisarie  
Pseudoartrosi congenita di tibia  
Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni  
Osteosintesi di clavicola, rotula  
Osteosintesi di avambraccio:  
Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali  
Resezioni articolari  
Resezione di corpi vertebrali (somatectomia)  
Resezioni del sacro  
Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari  
Laminectomia decompressiva (senza sintesi)  
Disarticolazioni: media - grande  
Disarticolazione interscapolo toracica  
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec;  
Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto  
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"  
Resezioni del radio distale:  
a) artrodesizzanti  
b) con trapianto articolare perone-pro-radio

Empipectomia  
Empipectomie "interne" sec.  
Enneking con salvataggio dell'arto  
Resezioni del femore prossimale artrodiafisarie e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)

Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:  
a) artrodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)  
b) sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"

Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento  
Sinovialectomie articolari: medie articolazioni - grandi articolazioni  
Artroplastiche con materiale biologico:  
a) piccole  
b) medie  
c) grandi

Acromioplastica anteriore  
Traslazione muscoli cuffia  
Trattamento lussazione recidivante spalla anteriore  
Trattamento lussazione recidivante spalla posteriore  
Plastica per lussazioni recidivanti (ginocchio)

Artroscopia diagnostica per meniscectomia  
Artroscopia chirurgica:  
a) biopsia della sinoviale  
b) asportazione dei corpi mobili  
c) sinoviectomia  
d) condrectomia  
e) laterale release

Ricostruzione dei legamenti articolati  
Applicazione dei compressori  
Artrodesi:  
a) medie (piedi, polso, gomito)  
b) grandi (spalla, anca, ginocchio)

Artrodesi: ginocchio - piede  
Riduzione cruenta lussazione congenita anca  
Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)  
Intervento di coxolisi  
Asportazione corpi estranei o mobili endoarticolari  
Protesi totale di spalla  
Artroprotesi di anca  
Protesi totale di displasia d'anca  
Intervento di rimozione di protesi d'anca

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca  
Artroprotesi di ginocchio  
Artroprotesi di gomito  
Endoprotesi di Thompson  
Protesi cefalica di spalla  
Protesi di polso  
Emiartroplastica  
Vertebrotomia  
Intervento di ernia disco intervertebrale  
Biopsia vertebrale a cielo aperto  
Discectomia per via anteriore per ernia cervicale  
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi  
Uncoforaminotomia  
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale  
Osteosintesi vertebrale  
Pulizia focolai osteitici  
Artrodesi per via anteriore

Interventi per via posteriore:  
a) senza impianti  
b) con impianti

Interventi per via anteriore:  
a) senza impianti

b) con impianti  
*Tendini - Muscoli - Aponevrosi*

tenoplastiche, mioplastiche o miorafie  
tenotomie, miotomie e aponeurotomie  
trapianti tendinei e muscolari  
tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito  
Deformità delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia e simili)  
Interventi correttivi per deformazioni delle dita (boutonnière - Swan neck etc.)  
Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)  
Ricostruzioni tendinee polso e mano  
Sindesmotomia  
Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie (retrazione cicatriziale. Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio  
Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)

**UROLOGIA**

ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)

*Rene*

Decapsulazione  
Nefropessi  
Lombotomia  
Lombotomia per biopsia chirurgica  
Lombotomia per ascessi pararenali  
Nefrectomia semplice  
Nefrectomia parziale  
Nefrectomia allargata per tumore  
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia  
Resezione renale con clampaggio vascolare  
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)  
Nefroureterectomia totale  
Nefrostomia o pielostomia  
Pielotomia  
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)  
Trapianto renale

*Surrene*

Surrenalectomia

*Uretere*

Ureteroplastica  
Ureterolisi  
Ureterocistoneostomia monolaterale  
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere  
Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescivale  
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale  
Ureterosimodostomia uni- o bilaterale

*Vescica*

Resezioni vescivale a pastiglia con reimpianto ureterale  
Emitrigonectomia  
Ileo bladder  
Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia  
Cistoprostatovesicoclectomia con neovescivale rettale  
Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder  
Plastiche di ampliamento vescivale con anse intestinali  
Riparazione di fistola vescivale intestinale  
Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi  
Diverticolectomia con U.C.N.  
Riparazione fistole vescivale vaginali  
Cervicocistopessi o colposospensione  
Ileo e/o coloncistoplastiche  
Riparazione vescivale estrofica con neovescivale rettale

*Prostata*

Adenomectomia  
Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico  
Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing

*Uretra*

Plastiche di ricostruzione per ipospadia  
Urethroectomia

*Apparato genitale maschile*

Amputazione totale del pene  
Orchidopessi bilaterale  
Orchidofuniculectomia per via inguinale  
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecn. microchirurgica)

Riparazione fistole scrotali o inguinali  
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari  
Orchiectomia allargata per tumore

**NEFROLOGIA**

Fav:  
Impianto di materiale protetico  
Reimpianto di un ramo dello Shunt

**OSTETRICIA**

Trasfusioni intrauterine  
Rivolgimento ed estrazione podalica  
Laparotomia per gravidanza extrauterina  
Fetoscopia

**GINECOLOGIA**

Plastica vaginale anteriore e posteriore per colpocistorettocele  
Interventi sull'ovaio e salpingi: annessiectomia, asportazione di sactosalpinge, tumori solidi, resezione ovarica  
Colpoisterectomia, con o senza annessiectomia  
Isterectomia totale per via laparotomia (con o senza annessiectomia)  
Miotoplastica per via laparotomica  
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero  
Salpingoplastica  
Vulvotomia radicale  
Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio (2° look)  
Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi o con rivestimento epidermico  
Riparazione chirurgica di fistola:  
ureterale  
vescivale-vaginale  
retto-vaginale

Intervento trattamento incontinenza urinaria:  
Intervento per via vaginale  
Intervento per via addominale

Intervento combinato  
Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale  
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale  
Vulvotomia allargata con linfoadenectomia  
Intervento radicale per carcinoma ovarico  
Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)

**OCULISTICA**

Trapianto corneale a tutto spessore  
Odontocheratoprotesi

*Orbita:*

Operazione di Kroenlein od orbitotomia

*Operazioni per Glaucoma:*  
Trabeculectomia  
Idrocicloretrazione

Retina:  
Intervento di distacco  
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia anche se in più sedute  
Resezione sclerale  
Cerchiaggio o piombaggio

*Bulbo oculare:*  
Enucleazione, exenteratio  
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

*Varie*

Vitrectomia  
Episcleroplastica  
Trattamento laser per neoformazione iridea

**OTORINO-LARINGOIATRIA**

*Orecchio esterno:*  
Atresia auris congenita: ricostruzione  
Exeresi di neoplasia del padiglione, con svuotamento linfoghiandolare

*Orecchio medio ed interno:*  
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico



segue da pag. 3

Treatmento delle petrositi suppurate  
Legatura della vena giugulare previa mastoidomia  
Apertura di ascesso cerebrale  
Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)  
Ricostruzione della catena ossiculare  
Interventi per otosclerosi  
Distruzione del labirinto  
Chirurgia della Sindrome di Ménière  
Chirurgia del sacco endolinfatico  
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale  
Anastomosi e trapianti nervosi  
Sezione del nervo cocleare  
Sezione del nervo vestibolare  
Neurinoma dell'VIII paio  
Asportazione di tumori dell'orecchio medio  
Asportazione di tumori del temporale  
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa

Naso e seni paranasali

Operazione radicale per sinusite mascellare  
Svuotamento etmoide per via transmascellare  
Operazione radicale per sinusite frontale  
Trattamento chirurgico di mucocoele frontoetmoidale  
Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni  
Apertura del seno sfenoidale

Intervento per fibroma duro rino-faringeo  
Chirurgia della fossa pterigomascellare

Cavo orale e faringe:

Tumori parafaringei  
Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc)  
Idem, con svuotamento latero-cervicale  
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.

Ghiandole salivari:

Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale  
Asportazione della parotide  
Parotidectomia totale con preparazione del facciale

#### LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO

Laringe:

Cordectomia per via tirotomica  
Laringectomia parziale  
Laringectomia sopraglottica  
Laringectomia totale  
Laringectomia ricostruttiva  
Laringofaringectomia  
Interventi per paralisi degli adduttori

Collo (vedere anche: Chirurgia generale):

Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringo-

tracheale o dell'esofago cervicale  
Asportazione di neoformazioni benigne profonde  
Incisione di flemmoni profondi  
Intervento per laringocele  
Asportazione di diverticolo esofageo  
Esofagotomia cervicale  
Asportazione di fistole congenite  
Cisti della tiroide  
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale  
Tiroidectomia totale  
Svuotamento sottomandibolare unilaterale  
Svuotamento sottomandibolare bilaterale  
Svuotamento laterocervicale unilaterale  
Svuotamento laterocervicale bilaterale  
Chiusura di faringostoma  
Chiusura di fistola esofagea  
Plastiche laringotracheali  
Legatura di grossi vasi  
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

#### STOMATOLOGIA

Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)  
Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)  
Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)

#### PROTESI (a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio)

Protesi fissa

Corona a giacca in ceramica vetrosa e allumina  
Corona oro-ceramica fresata

Protesi mobile

Protesi mobile totale per arcata con denti in resina  
Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana  
Protesi scheletrata in lega preziosa

#### CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Incremento della cresta alveolare mediante materiali alloplastici (per arcata)  
Osteotomia (anchilosi ATM)  
Frattura del condilo e del coronoide (trattamento chirurgico-ortopedico)  
Frattura dei mascellari (esclusa apparecchiatura): terapia chirurgica  
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalp  
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale

Osteosintesi

Terapia chirurgica posttraumatica delle malformazioni maxillo-facciali (progenismo, prognatismo, laterodeviante mandibolare, morsus apertus, micrognazie, retrusioni inferiori e superiori).  
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, ecc.

Plastiche per paralisi facciali: statica dinamica  
per tempo operatorio  
Push-back e faringoplastica

#### ALLEGATO "B" - ELENCO DEI GRAVI EVENTI MORBOSI

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

- Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:  
ulcere torpide e decubiti  
sovrinfezioni  
infezioni urogenitali  
ipertensione instabile  
neuropatie  
vasculopatie periferiche  
- Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:  
dispnea  
edemi declivi e stasi polmonare  
ipossiemia  
aritmie  
- Cardiopatia ischemica  
- Insufficienza cardiaca congestizia  
- Angina instabile  
- Aritmie gravi  
- Infarto e complicanze  
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:  
acuta  
edema polmonare

cronica in trattamento riabilitativo  
con ossigenoterapia domiciliare continua  
con ventilazione domiciliare

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  
- Tetraplegia  
- Sclerosi multipla  
- Sclerosi laterale amiotrofica  
- Miopatie  
- Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo  
- Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali  
- Morbo di Parkinson, purchè caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento con difficoltà della stazione eretta;  
- Stato di coma  
- Alzheimer

## SEZIONE I - DEFINIZIONI

### Art.1

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

- **Contraente:** E. N. P.A.M.
  - **Società:** Assicurazioni Generali S.p.A.
  - **Assicurato:** L'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti assicurati con la polizza n. 81303312 che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, l'informativa ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 e abbiano versato il premio annuale di polizza, intendendo per tale il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi sino al 26° anno o senza limiti di età se inabili al lavoro, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:
    1. 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;
    2. i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico;
  - **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
  - **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
  - **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
  - **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
  - **Premio:** la somma dovuta alla Società;
  - **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
  - **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;
  - **Ricovero ospedaliero:** degenza in istituto di cura, comportante almeno un pernottamento;
  - **Day Hospital:** degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
  - **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
  - **Visita specialistica:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione;
  - **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;
  - **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.

## POLIZZA BASE - FAMILIARI CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Polizza n. 81303313

## SEZIONE II - PRESTAZIONI

### Art.2

La garanzia di cui al presente articolo è prestata per ciascun nucleo familiare, escluso l'iscritto assicurato con polizza n. 81303312, sino a concorrenza della somma di Euro 258.229, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo.

A - La Società, per le malattie e gli infortuni verificatisi nell'anno assicurativo, rimborsa all'Assicurato le spese per:

**A 1) "Grande Intervento Chirurgico"** effettuato in istituto di cura, intendendosi per tale ogni intervento compreso nell'elenco allegato 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 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 relativo all'intervento subito;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico;
- 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 Euro. 5.165,00

#### Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di intervento subito, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di Euro 104,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 150 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

**A 2) "Grave Evento Morboso"**, identificandosi come tale l'evento compreso nell'elenco di cui all'Allegato B, che

necessiti 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 adeguato accertamento medico) con corresponsione della pensione di invalidità da parte dell'Ente Previdenziale competente.

#### 1) in caso di ricovero:

- 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;

**Nonché**, con il limite di Euro 10.330,00 per assicurato le spese sostenute nei 180 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;
- 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 Euro 15.494 per assicurato.

#### Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato a seguito di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, purchè in presenza di idonea documentazione clinica, un'indennità di Euro 78 per ogni giorno di ricovero, per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

Le prestazioni previste dal punto A2) operano esclusivamente nei confronti delle persone che non abbiano superato gli 80 anni di età.

#### A 3) Day Hospital

In caso di degenza in istituto di cura in regime di "day hospital" superiore a giorni due consecutivi, fatta eccezione per le festività, la Società assicura il rimborso delle spese come previsto dai precedenti punti A-1) e A 2).  
La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

segue a pag. 5



**POLIZZA BASE - FAMILIARI**

**Polizza n. 81303313** (segue da pag. 4)

**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.

**B** - Nell'ambito del massimale suindicato 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 Euro 1.550;

**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 Euro 78,00 ed il massimo di gg. 15; detti limiti vengono elevati a Euro 130,00 giornalieri e a gg. 20 in caso di intervento chirurgico avvenuto all'Estero.

**B 3) protesi ortopediche**

- acquisto, fino a concorrenza dell'importo di Euro 5.165,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per assicurato.

La garanzia di cui alle lettere A e B è operante previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 510,00 e massimo di Euro 5.150,00.

Per gli Assicurati con età di entrata superiore a 75 anni, detto scoperto è fissato al 20% con il minimo di Euro 1.550,00 ed il massimo di Euro 5.150,00.

Una commissione paritetica, espressa dalle parti, verificherà l'andamento e l'onere delle prestazioni, e - se necessario - formulerà indicazioni di modifiche contrattuali per i rinnovi successivi alla scadenza di cui all'art. 13.

**SEZIONE III - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE**

**Art.3)**

**Limiti delle prestazioni**

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché 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 nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- psicoterapia e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- interventi per correzione o eliminazione di difetti fisici;
- 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

**SEZIONE I - DEFINIZIONI**

**Art.1 -**

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

- **Contraente:** E. N. P.A.M.
- **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'E.N.P.A.M. ad accettare, nel proprio interesse con effetto vincolante, modifiche di carattere generale alla Polizza-Conventione, con effetto dalla data di scadenza. L'Assicurazione è riservata ai seguenti soggetti:
- il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o

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.

- *interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data della prima adesione da parte di ciascun Assicurato alla Polizza-Conventione senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;*

- *cure ed interventi per l'eliminazione e/o correzione 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 la durata di due anni, decorre dalle ore 24 del 31.05.2002 e scade alle ore 24 del 31.05.2004.

**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 - Decorrenza dell'assicurazione.**

Le parti contraenti danno atto che l'assicurazione, ai sensi dell'art. 1891 c.c. è stipulata per conto altrui; il premio annuale è dovuto in un'unica soluzione dall'Assicurato contestualmente all'adesione. Il premio annuo complessivo di polizza 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. 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 Vittor Pisani, 13 - 20124 Milano

L'Assicurato deve consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, 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 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica ed, 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 nonché copia del documento comprovante il rimborso effettuato.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

**Art. 11)**

**Controversie**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, 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, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

**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 - Rinnovazione del contratto**

Alla scadenza dell'annualità ciascuna delle Parti ha facoltà di recedere dalla Polizza-Conventione mediante lettera raccomandata con preavviso di novanta giorni.

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

Qualora alla scadenza della prima annualità non sia corrisposto il premio relativo alla seconda annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 15 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 singolo Assicurato è di Euro 103 annue comprensive dell'imposta sulle assicurazioni in vigore, con il massimo di Euro 258 annue per nucleo familiare assicurato. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati da ciascun Assicurato.

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 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)  
Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)

Art. 13 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Tacito rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro;

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Premio:** la somma dovuta alla Società;
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **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,

**POLIZZA DI II° LIVELLO**

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

**Polizza n. 81303314**

- pensionato);
- i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità;
- i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della F.N.O.M.C. e O.;
- il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C. e O., agli Ordini Provinciali, all'ONAOSI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con



**POLIZZA DI II° LIVELLO**  
**Polizza n. 81303314**

segue da pag. 5

esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno;

- **Ricovero ospedaliero:** degenza in istituto di cura, comportante almeno un pernottamento;
- **Day Hospital:** degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
- **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
- **Visita specialistica:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione;
- **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;
- **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.

- **Sinistro:** l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

**SEZIONE II - PRESTAZIONI****Art.2 -**

La garanzia di cui al presente articolo è prestata sino a concorrenza della somma di

**Euro 413.166,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per 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, per:

- 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;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, anche in regime di day hospital, o l'intervento ambulatoriale;
- esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, anche in regime di day hospital, o dell'intervento ambulatoriale e resi necessari dall'intervento chirurgico;
- 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 Euro 5.165,00.

**Indennità sostitutiva:**

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di intervento subito, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di Euro 104,00 per ogni giorno di ricovero 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, ferma la franchigia di tre giorni.

**A 2) "Grave Evento Morboso"**, identificandosi come tale l'evento compreso nell'elenco di cui all'Allegato B, che necessiti 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.

**. 1) 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;

**Nonchè**, con il limite di Euro 15.494,00 per assicurato le spese 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;

**. 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 Euro 20.659,00 per assicurato.

**Indennità sostitutiva:**

Nel caso in cui l'Assicurato a seguito di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, purchè in presenza di idonea documentazione clinica, un'indennità di Euro 78,00 per ogni giorno di ricovero, 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, ferma la franchigia di tre giorni.

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

**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.

**A4) Cure Oncologiche**

La Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza della somma di Euro 5.200,00 per anno assicurativo, le spese sostenute per tutte le terapie rese necessarie da malattia oncologica.

**B -** Nell'ambito del massimale suindicato 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 Euro 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 Euro 78,00 ed il massimo di gg. 15; detti limiti vengono elevati a Euro 130,00 giornaliero e a gg. 20 in caso di intervento chirurgico avvenuto all'Estero.

**B 3) protesi ortopediche**

- acquisto, fino a concorrenza dell'importo di Euro 5.165,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per assicurato.

La garanzia di cui alle lettere A e B è operante previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 510,00 e massimo di Euro 5.150,00.

Una commissione paritetica, espressa dalle parti, verificherà l'andamento e l'onere delle prestazioni, e - se necessario - formulerà indicazioni di modifiche contrattuali per i rinnovi successivi alla scadenza di cui all'art. 13.

**SEZIONE III -  
DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE****Art.3)****Limiti delle prestazioni**

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- 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 che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;

- interventi per correzione o eliminazione di difetti fisici;
- 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.;

- interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data della prima adesione da parte di ciascun Assicurato alla presente polizza-Convenzione senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione. Per gli aderenti già assicurati precedentemente con altra polizza-Convenzione ENPAM/Generali (polizza "BASE"), l'esclusione per i rischi già garantiti da quest'ultima opera dalla data della prima adesione da parte di ciascun Assicurato a tale polizza-Convenzione (polizza "BASE") senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;

- 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 di due anni: decorre dalle ore 24 del 31.05.2002 e scade alle ore 24 del 31.05.2004.

**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 - Decorrenza dell'assicurazione.**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio della prima annualità è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio relativo alla seconda annualità il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 30 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 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 e comunque non oltre 3 giorni dal giorno di dimissione ospedaliera. 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 Vittor Pisani, 13 - 20124 Milano".

segue a pag. 7



**POLIZZA DI II° LIVELLO**  
**Polizza n. 81303314**

segue da pag. 6

L'Assicurato deve consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, 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 30 giorni dalla presentazione della necessaria documentazione medica ed, 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 nonché 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.

**Art. 11)**  
**Controversie**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, 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, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

**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 - Rinnovazione del contratto**

Alla scadenza del primo biennio 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.

Resta inteso che, qualora alla scadenza di ciascuna annualità

il numero complessivo dei singoli aderenti all'assicurazione sia inferiore al numero indicato nella Convenzione tra la Società e la Contraente, la Polizza-Convenzione sarà risolta di diritto.

Qualora alla scadenza della prima annualità non sia corrisposto il premio relativo alla seconda annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 15 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 singolo Assicurato è di **Euro 160,00** annue comprensive dell'imposta sulle assicurazioni in vigore. Il premio annuo complessivo di polizza sarà determinato dalla somma dei singoli premi versati da ciascun Assicurato.

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 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)
- Art. 12 (Deroga alla competenza per territorio dell'Autorità Giudiziaria)
- Art. 13 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Tacito rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).

**SEZIONE I - DEFINIZIONI**

**Art.1 -**  
Nel testo delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione si definiscono con:

- **Contraente:** E. N. P.A.M.
- **Società:** Assicurazioni Generali S.p.A.
- **Assicurato:** L'insieme dei componenti il nucleo familiare dei soggetti assicurati con la polizza n. 81303314, che abbiano aderito alla presente assicurazione sottoscrivendo l'apposito modulo di adesione, l'informativa ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 e abbiano versato il premio annuale di polizza, intendendo per tale il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi sino al 26° anno o senza limiti di età se inabili al lavoro, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione. In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:
  1. 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;
  2. i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico;
- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- **Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- **Premio:** la somma dovuta alla Società;
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **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;
- **Ricovero ospedaliero:** degenza in istituto di cura, comportante almeno un pernottamento;
- **Day Hospital:** degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.
- **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma;
- **Visita specialistica:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione;
- **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;
- **Franchigie e scoperti:** l'importo che rimane a carico

**POLIZZA II° LIVELLO**  
**FAMILIARI**

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

**Polizza n. 81303315**

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.

- **Sinistro:** l'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

**SEZIONE II - PRESTAZIONI**

- Art.2 -**  
La garanzia di cui al presente articolo è prestata per ciascun nucleo familiare, escluso l'iscritto assicurato con polizza n. ...., sino a concorrenza della somma di **Euro 413.166,00**, da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo.
- 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, per:
- 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;
  - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dall'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, *anche in regime di day hospital, o l'intervento ambulatoriale*;
  - esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozelle ortopediche), effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, *anche in regime di day hospital, o dell'intervento ambulatoriale* e resi necessari dall'intervento chirurgico;
  - 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 Euro 5.165,00.

**Indennità sostitutiva:**  
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di intervento subito, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, un'indennità di Euro 104,00 per ogni giorno di ricovero 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, ferma la franchigia di tre giorni.*

**A 2) "Grave Evento Morboso"**, identificandosi come tale l'evento compreso nell'elenco di cui all'Allegato B, che necessiti 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.*

- . 1) 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;
- Nonchè,** con il limite di **Euro 15.494,00** per nucleo assicurato le spese 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;
- . 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 mor-



## POLIZZA II° LIVELLO FAMILIARI

Polizza n. 81303315

segue da pag. 7

boso dopo la stipulazione del contratto. Tali spese saranno rimborsate con il massimo di Euro 20.659,00 per nucleo assicurato.

### Indennità sostitutiva:

Nel caso in cui l'Assicurato a seguito di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza la Società corrisponderà, a partire dal quarto giorno di ricovero, purchè in presenza di idonea documentazione clinica, un'indennità di Euro 78,00 per ogni giorno di ricovero, 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, ferma la franchigia di tre giorni.

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

### 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.

### A4) Cure Oncologiche

La Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza della somma di Euro 5.200,00 per nucleo assicurato e per anno assicurativo, le spese sostenute per tutte le terapie rese necessarie da malattia oncologica.

**B** - Nell'ambito del massimale suindicato 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 Euro 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 Euro 78,00 ed il massimo di gg. 15; detti limiti vengono elevati a Euro 130,00 giornaliere e a gg. 20 in caso di intervento chirurgico avvenuto all'Estero.

#### B 3) protesi ortopediche

- acquisto, fino a concorrenza dell'importo di (€ 10.000.000) Euro 5.165,00, intendendosi tale somma quale disponibilità annua unica per assicurato.

La garanzia di cui alle lettere A e B è operante previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 510,00 e massimo di Euro 5.150,00.

Una commissione paritetica, espressa dalle parti, verificherà l'andamento e l'onere delle prestazioni, e - se necessario - formulerà indicazioni di modifiche contrattuali per i rinnovi successivi alla scadenza di cui all'art. 13.

## SEZIONE III DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

### Art.3)

#### Limiti delle prestazioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché 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 nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- psicoterapia e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico salvo per i neonati che non abbiano compiuto il 3° anno di età e quella a scopo ricostruttivo da infortunio;
- interventi per correzione o eliminazione di difetti fisici;
- 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 paradentarie 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.;
- *interventi che siano la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi, cioè diagnosticate o curate, precedentemente alla data della prima adesione da parte di ciascun Assicurato alla Polizza-Convenzione senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione. Per gli aderenti già assicurati precedentemente con altra polizza-Convenzione ENPAM/Generali (polizza "BASE"), l'esclusione per i rischi già garantiti da quest'ultima opera dalla data della prima adesione da parte di ciascun Assicurato a tale polizza-Convenzione (polizza "BASE") senza alcuna soluzione di continuità o dalla data della successiva adesione qualora vi sia stata interruzione;*
- 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 la durata di due anni, decorre dalle ore 24 del 31.05.2002 e scade alle ore 24 del 31.05.2004.

## 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 - Decorrenza dell'assicurazione.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore e dal giorno indicati in polizza se il premio della prima annualità è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Per il pagamento del premio relativo alla seconda annualità il termine previsto dall'art. 1901 del C.C. è prorogato a 30 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 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 e comunque non oltre 3 giorni dal giorno di dimissione ospedaliera. 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 Vittor Pisani, 13 - 20124 Milano".

L'Assicurato deve consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, 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 30 giorni dalla presentazione della necessaria docu-

mentazione medica ed, 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 nonché 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.

### Art. 11)

#### Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, 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, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo 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.

### 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 - Rinnovazione del contratto

Alla scadenza del primo biennio 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.

Resta inteso che, qualora alla scadenza di ciascuna annualità il numero complessivo dei singoli aderenti all'assicurazione sia inferiore al numero indicato nella Convenzione tra la Società e la Contraente, la Polizza-Convenzione sarà risolta di diritto.

Qualora alla scadenza della prima annualità non sia corrisposto il premio relativo alla seconda annualità da parte del singolo aderente all'assicurazione, quest'ultima, trascorsi 15 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 annuo per un familiare è di Euro 150,00, per due familiari è di Euro 270,00, per tre familiari ed oltre è di Euro 390,00. I premi si intendono comprensivi dell'imposta sulle assicurazioni in vigore.

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 (Deferimento di controversie ad un collegio medico)

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

Art. 13 (Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza. - Tacito rinnovo annuale del contratto in mancanza di disdetta tre mesi prima della scadenza).