

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. 1 Massimale assicurato

Euro 500.000 per nucleo e per anno.

Art. 2 Franchigia e Scoperto

Le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionato, operano con uno scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di **€ 300** e massimo di **€ 2.000** per sinistro a carico dell'assicurato; per quanto riguarda le prestazioni pre e post ricovero (art. 3.1. lettera f), effettuate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, il rimborso verrà effettuato dalla Società con applicazione del solo scoperto.

Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambidue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 3 Prestazioni assicurate

3.1 RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) per diritti di sala operatoria;
- c) per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;

d) per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;

e) per rette di degenza;

f) per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie effettuate, nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati; nonché per quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero. In tale ambito - fermi i limiti temporali di cui sopra - si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

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

g) per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 110** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;

h) per spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di **€ 3.900** massimo per anno;

i) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura (ammissione e dimissione) e quelle da un Istituto di Cura all'altro (trasferimento) fino ad un importo massimo di **€ 3.000** per ricoveri in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo; la prestazione ricomprende le spese per i biglietti del treno/aereo/nave, le spese per il carburante ed i pedaggi autostradali, le spese per i taxi.

j) per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.500** per nucleo

familiare, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;

- k)** per le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 15.000** per evento;
- l)** per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

3.2 RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO PER GRAVI EVENTI MORBOSI

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco II, le seguenti spese in caso di ricovero:

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

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

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per Grave Evento Morboso di cui all'Elenco II, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 3.1.

3.3 TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE PER GRAVI EVENTI MORBOSI

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco II, le seguenti spese in caso di trattamento domiciliare:

- a)** visite specialistiche;
- b)** esami ed accertamenti diagnostici;
- c)** terapie mediche, comprese quelle radianti/chemioterapiche (queste ultime ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale e/o ospedaliero), le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche oltre che le prestazioni di supporto psicologico.
- d)** spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale.

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

3.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per Grande Evento Chirurgico (Elenco I) o di Grave Evento Morboso (Elenco II), non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 155** e verrà erogata, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per assicurato.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese pre e post ricovero (Art.3.1 lettera f, fermi i limiti temporali ivi previsti), che verrà effettuato applicando lo scoperto del 15% nel caso siano resi da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione - ovvero riguardino ticket sanitari.

La garanzia prevista dal presente Articolo è anche riconosciuta per un importo, di € 50 al giorno e fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma del presente Articolo:

- per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f dell'Art. 3.1;
- per gli accessi ambulatoriali per terapie oncologiche (es. chemioterapia e radioterapia).

3.5 DAY HOSPITAL

Il day-hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Day-hospital senza intervento chirurgico: la degenza in Istituto di Cura in regime di day-hospital superiore a giorni tre (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio) è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura.

3.6 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, accesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di **€ 10.000** per nucleo familiare e per anno assicurativo. A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2, la prestazione, ove prestata da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 15%, senza applicazione di alcuna franchigia fissa, fermo il resto.

3.7 EXTRA OSPEDALIERE (per il solo caponucleo)

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di **€ 800** per assicurato e per anno assicurativo.
Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia ovvero la natura e la data di accadimento dell'infortunio, che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione - vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie salvo la franchigia di **€ 20** per prestazione, che dovrà essere pagata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Non è quindi previsto il rimborso nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico non convenzionati con la Società.

Ai fini del rimborso vengono considerate indennizzabili, e come tali computate nell'ambito della spesa complessiva, anche eventuali spese per l'anestesia o la sedazione che vengano prescritte per effettuare le prestazioni indicate alle lettere a) e b) che seguono:

a) Alta diagnostica radiologica (esami strigrafici e contrastografici)

- | | |
|---|---|
| • Amniocentesi, Villocentesi e analoghi test prenatali non invasivi (solo per le gestanti con età superiore ai 35 anni oppure in caso di sospetta malformazione del feto) | • Fistelografia |
| • Angiografia | • Flebografia |
| • Arteriografia | • Fluorangiografia |
| • Atrografia | • Galattografia |
| • Broncografia | • Holter |
| • Broncoscopia | • Isterosalpingografia |
| • Cateterismo cardiaco | • Linfografia |
| • Cisternografia | • Mammografia |
| • Cistografia | • Mielografia |
| • Clisma opaco | • Moc |
| • Colangiografia | • Pneumoencefalografia |
| • Colangiografia percutanea | • Retinografia |
| • Colecistografia | • Rx esofago, Rx tubo digerente |
| • Coronarografia | • Scialografia |
| • Crioterapia | • Splenoportografia |
| • Dacriocistografia | • Tomografia in genere |
| • Discografia | • Tomografia logge renali, |
| • Doppler | • Tomoxerografia |
| • Ecocardiografia | • Urografia |
| • Ecocolordoppler | • Vescicoldeferentografia |
| • Ecodoppler | • Elettromiografia |
| • Ecotomografia | • Risonanza Magnetica Nucleare |
| • Elettrocardiografia | • Scintigrafia |
| • Elettroencefalografia | • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) |
| • Elettroscopia | • Tomografia a Emissione di Positroni (PET) |
| • Endoscopia | |

b) Terapie:

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

3.8 FOLLOW UP ONCOLOGICO

La Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio per fini di controllo effettuati nei 5 anni successivi alla diagnosi ovvero all'intervento chirurgico collegato e conseguente ad una neoplasia maligna.

Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta – così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione – vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 500** per assicurato e per anno assicurativo.

Ai fini della autorizzazione l'Assicurato è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- Impegnativa (ricettario) del medico di medicina generale riportante l'esenzione 048 nell'apposito spazio, oppure;
- Impegnativa del medico specialista oncologo (ricetta bianca) accompagnata da fotocopia del tesserino di esenzione ticket 048 con evidenziata la data di decorrenza.

A parziale deroga di quanto previsto dal II comma, la Società provvederà al rimborso di 1 visita specialistica oncologica effettuata da professionisti non convenzionati con la Società; il rimborso avverrà previa applicazione di uno scoperto del 20% fermo il limite di rimborso di € 120 da considerarsi come sottolimito di quello indicato al III comma del presente Articolo.

3.9 ACCESSO A TARIFFE CONVENZIONATE PER LE PRESTAZIONI DENTARIE (NON RIENTRANTI TRA LE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA GARANZIA A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere le prestazioni dentarie a tariffe agevolate utilizzando gli studi odontoiatrici del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici dedicati, raggiungibili attraverso il numero verde indicato al precedente Art. 19.1, attivo dal lunedì

al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di EMAPI.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di EMAPI di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

3.10 ACCESSO A TARIFFE CONVENZIONATE PER LE PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE (NON RIENTRANTI TRA LE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA GARANZIA A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere le prestazioni ospedaliere e gli accertamenti diagnostici utilizzando le Case di Cura, i medici ed i Centri Diagnostici del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici dedicati, raggiungibili attraverso il numero verde indicato al precedente Art. 19.1, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di EMAPI.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di EMAPI di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

3.11 ACCESSO A TARIFFE CONVENZIONATE PER LE PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE (NON RIENTRANTI TRA LE PRESTAZIONI PREVISTE DALLA GARANZIA A)

Tutti gli assicurati alla garanzia A potranno ottenere le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a tariffe agevolate utilizzando gli studi del network convenzionato (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assicurato).

La Società metterà a disposizione i propri Uffici dedicati, raggiungibili attraverso il numero verde indicato al precedente Art. 19.1, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, tramite i quali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata ed ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di EMAPI.

- La Società si impegna a garantire:
1. che facciano parte del network almeno 800 centri fisioterapici e riabilitativi/fisioterapisti convenzionati;
 2. che il network convenzionato rispetti elevati standard qualitativi e di servizio.

A tal fine, la Società fornirà ad EMAPI relazioni semestrali sul servizio offerto che potranno essere oggetto di analisi congiunte tra la Società ed EMAPI al fine di valutare eventuali implementazioni e/o correttivi utili al miglioramento complessivo del servizio stesso.

Rimane in ogni caso fermo il diritto di EMAPI di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 4 Premio

Il premio annuo lordo della presente Sezione A è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva e i contributi relativi alle adesioni volontarie sono indicati nell'apposito prospetto.

Art. 5 Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) A.1 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

E' data la possibilità di attivare una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia "A".

La presente garanzia integrativa alla Sezione Garanzie "A" si intende valida solo per Enti o Casse, aderenti ad EMAPI che ne faranno esplicita richiesta ed avrà validità solo per gli iscritti in forma collettiva di cui all'Art. 7.1 lettera a) e b) delle Condizioni Generali di Convenzione. La Cassa/Ente che abbia già attivato la presente garanzia per i propri professionisti potrà, su richiesta, estenderla anche ai propri praticanti e/o dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata in forma collettiva la copertura prevista alla Garanzia "A"; tale possibilità è estesa anche ad EMAPI a favore dei propri dipendenti. Viene convenuto ai fini dell'attivazione della garanzia il premio aggiuntivo per iscritto di cui al successivo Art. 6.

In aggiunta a quanto previsto dalla Garanzia A, la Società provvede al pagamento della seguente prestazione.

In caso di infortunio che comporti all'assicurato, iscritto ad una Cassa o Ente di Previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva, un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale assicurato di **€ 80.000**.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

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

Art. 6 Premio Aggiuntivo

Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 5- Ampliamento Garanzia A - A.1- Indennità per grave invalidità permanente da infortunio, è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva.

Art. 7 Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) A.2 Pacchetto Check Up

E' data la possibilità di attivare una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia "A".

La presente garanzia integrativa alla Sezione Garanzie "A" si intende valida solo per Enti o Casse, aderenti ad EMAPI che ne faranno esplicita richiesta ed avrà validità solo per gli iscritti in forma collettiva di cui all'Art. 7.1 lettera a) e b) delle Condizioni Generali di Convenzione. La Cassa/Ente che abbia già attivato la presente garanzia per i propri professionisti potrà, su richiesta, estenderla anche ai propri praticanti e/o dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata in forma collettiva la copertura prevista alla Garanzia "A"; tale possibilità è estesa anche ad EMAPI a favore dei propri dipendenti.

Viene convenuto ai fini dell'attivazione della garanzia il premio aggiuntivo per iscritto di cui al successivo Art. 8.

In aggiunta a quanto previsto dalla Garanzia A, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

Check up (operante per il solo iscritto capo nucleo)

La Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare il presente Check Up:

- prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, emoglobina glicosilata, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, azotemia, uricemia, elettroresi delle sieroproteine, protidemia totale e dosaggi ormonali tiroidei (TSH, FT3, FT4);
- esame urine;
- esame feci (ricerca sangue occulto).

Inoltre:

- per gli uomini: visita specialistica cardiologica ed elettrocardiogramma (con eventuale elettrocardiogramma da sforzo nel caso in cui il medico ne ravvisi la necessità);
- per le donne: visita specialistica cardiologica, ecodoppler arti inferiori e PAP test.

In aggiunta oltre i 40 anni di età:

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

La prestazione è effettuata in una unica soluzione ed è resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie.

Qualora l'Assicurato non si avvalga di una struttura convenzionata con la Società, questa rimborsa le spese sostenute per effettuare le prestazioni di cui al presente Articolo, fino alla concorrenza dell'importo di **€ 250** da intendersi come disponibilità massima per Assicurato e per annualità assicurativa; in questo caso, a parziale deroga di quanto sopra previsto, le prestazioni potranno essere effettuate nell'arco massimo di 7 giorni consecutivi e dovranno essere inviate in una unica richiesta di rimborso.

Art. 8 Premio Aggiuntivo

Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 7 - Ampliamento Garanzia A - A.2 Pacchetto Check Up, è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva.

Qualora l'assicurato aderisca anche ad una delle opzioni della Garanzia che preveda anch'essa il Pacchetto Check Up, rimane fermo che l'assicurato avrà diritto di richiedere il rimborso (ovvero effettuare la prestazione in forma diretta a seconda dei casi) solo per un Check up (o quello previsto dall'Art. 7 che precede o dalle Garanzie B).

Art. 9 Ampliamento Garanzia A (per i soli iscritti in forma collettiva) A.3 Pacchetto Maternità

E' data la possibilità di attivare una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia "A".

La presente garanzia integrativa alla Sezione Garanzie "A" si intende valida solo per Enti o Casse, aderenti ad EMAPL che ne faranno esplicita richiesta ed avrà validità solo per gli iscritti in forma collettiva di cui all'Art. 7.1 lettera a) e b) delle Condizioni Generali di Convenzione. La Cassa/Ente che abbia già attivato la presente garanzia per i propri professionisti potrà, su richiesta, estenderla anche ai propri praticanti e/o dipendenti qualora anche per questi sia stata attivata in forma collettiva la copertura prevista alla Garanzia "A"; tale possibilità è estesa anche ad EMAPL a favore dei propri dipendenti. Viene convenuto ai fini dell'attivazione della garanzia il premio aggiuntivo per iscritto di cui al successivo Art. 10.

La garanzia integrativa è prestata, in alternativa:

- al professionista assicurato in forma collettiva, se donna;
- alla coniuge/convivente, se per questa è stata attivata la Garanzia A.

In aggiunta a quanto previsto dalla Garanzia A, la Società provvede, nelle modalità di seguito specificate, al pagamento delle seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi e analoghi test prenatali non invasivi;
- n. 4 visite specialistiche di controllo ostetrico-ginecologiche;
- n. 1 ecocardiografia fetale;
- n. 1 visita specialistica ginecologica di controllo post parto;
- n. 2 visite urologiche;
- un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto;
- n. 3 colloqui psicologici post partum effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data del parto stesso. In caso di aborto, il numero dei colloqui è elevato a 6 e dovranno essere effettuati entro e non oltre 9 mesi dalla data dell'aborto.

ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Contraente, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi della presente polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A) Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi gli interventi di chirurgia plastica, effettuati dagli assicurati, necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B) Interventi per trapianti di organo: tutti.

C) Interventi ortopedici per:

- 1) impianto o sostituzione di artropresi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 3) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pelvica;
- 6) reimpianto di arti staccati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo per evento di € 2.000 con il sottolimito di € 500 per i test prenatali non invasivi, tale sottolimito non si applica se le prestazioni sono rese in assistenza diretta così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle condizioni Generali di Assicurazione; per evento si intende la gravidanza anche se in corso al momento dell'ingresso in assicurazione e anche gemellare fermo restando la validità della Garanzia A.3 Pacchetto Maternità.

Le prestazioni previste dalla presente Garanzia si intendono rimborsabili secondo le seguenti modalità:

I. se la prestazione è resa in assistenza diretta - così come disciplinata dall'Art. 15 lettera a) delle Condizioni Generali di Assicurazione -, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie;

II. nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente il ticket sanitario a carico dell'Assicurato;

III. nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, viene effettuato il rimborso con uno scoperto del 30% e la franchigia di € 50 per prestazione, ovvero per ciclo di terapia nel caso di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto. Per quanto attiene i 3 colloqui psicologici post partum previsti alla precedente lettera I), qualora le prestazioni siano rese da professionisti non convenzionati con la Società, il rimborso verrà effettuato dalla Società con l'applicazione di una franchigia di € 20 per prestazione e nel limite massimo complessivo di rimborso per detti colloqui (resi da professionisti non convenzionati) di € 250 elevato a € 500 in caso di aborto.

Art. 10 Premio Aggiuntivo

Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 9 - Ampliamento Garanzia A - A.3 Pacchetto Maternità, è a carico del singolo Ente che abbia aderito in forma collettiva.

D) Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningiomoidali;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningiomoidali (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E) Interventi chirurgici (cardiologia e cardiologia interventistica) al cuore per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
 - 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
 - 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.
- #### **F) Interventi di chirurgia vascolare per:**
- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
 - 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
 - 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
 - 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
 - 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - 6) by pass aortocoronarico.

G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

H) Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococchi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistointerostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- 23) papilotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovesicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) dontocheratoprosi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabirintica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridociclotrazione, ecc);
- 6) chirurgia della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K) Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinomia;
- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococchi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

L) Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice; abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare; abbassamento addomino-perineale;
- 7) megaretere; resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ELENCO II - GRAVI EVENTI MORBOSI

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Contraente, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Gravi Eventi Morbosi indennizzabili ai sensi della presente polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A) Infarto miocardico acuto

B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea;
- II. edemi declivi;
- III. aritmia;
- IV. angina instabile;
- V. edema o stasi polmonare;
- VI. ipossiemia.

C) Neoplasia maligna

D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- I. ulcere torbide;
- II. decubiti;
- III. neuropatie;
- IV. vasculopatie periferiche;
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 60 giorni.

- F) **Stato di coma**
- G) **Ustioni di terzo grado** con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- H) **Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale**
Inoltre, limitatamente al solo caponucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:
- I) **Tetraplegia**
- J) **Sclerosi multipla**
- K) **Sclerosi laterale amiotrofica**
- L) **Alzheimer**
- M) **Morbo di Parkinson** caratterizzato da:
 - I. riduzione attività motoria;
 - II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.