



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

**CAPITOLATO DI POLIZZA**  
**RIMBORSO SPESE MEDICHE**

P a g . 1 | 68



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma  
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57  
sito web: [www.enpav.it](http://www.enpav.it) . e-mail: [enpav@enpav.it](mailto:enpav@enpav.it) - [enpav@pec.it](mailto:enpav@pec.it)  
Codice Fiscale 80082330582



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## PRIMA SEZIONE

### PIANO UNICO





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## CAPITOLATO D'ONERI

### PREMESSA

L'Enpav, ente associativo senza scopo di lucro e non commerciale e con la personalità giuridica di diritto privato, intende stipulare una polizza assicurativa sanitaria per i propri iscritti, pensionati, cancellati, dipendenti e componenti di Organi.

A tal fine, ha indetto una gara comunitaria a procedura aperta, finalizzata a selezionare una società assicurativa per la prestazione di servizi assicurativi. Nel dettaglio, l'impresa o le imprese aggiudicatarie dovranno impegnarsi a prestare nei confronti degli iscritti, dei pensionati di invalidità, dei pensionati, dei cancellati, dei dipendenti Enpav e dei componenti degli Organi Enpav le prestazioni assicurative previste dal presente Capitolato d'oneri (Piano Unico e Garanzia Plus) mediante accettazione integrale delle condizioni di seguito descritte.

A pena di esclusione, non sono ammesse offerte difformi.

Le disposizioni riportate di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa su eventuali moduli della società assicuratrice allegati alla polizza, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto. La firma apposta dall'Assicurato/Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'eventuale Coassicurazione





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## PIANO UNICO

### SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO

#### 1. DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato valgono le seguenti definizioni:

##### **Accertamento diagnostico**

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

##### **Accompagnatore**

La persona che assiste l'Assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

##### **Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione, che si intende riservata a: iscritti, pensionati di invalidità, cancellati, pensionati, dipendenti e componenti di Organi dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari e loro familiari.

##### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

##### **Assistenza infermieristica**

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

##### **Associato**

Il soggetto iscritto o pensionato dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Veterinari o cancellato dall'Ente, secondo le definizioni di seguito specificate.

##### **Cancellato Enpav**

Veterinario iscritto all'albo professionale, ma cancellato dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari.

##### **Componente Organi Enpav**

Componente veterinario/ministeriale degli Organi Enpav.

##### **Contraente**

Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Veterinari - Enpav, Via Castelfidardo, 41 00185 Roma RM  
- Codice fiscale 80082330582, soggetto che stipula la polizza.

##### **Day Hospital**

P a g . 4 | 68



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma  
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57  
sito web: [www.enpav.it](http://www.enpav.it) . e-mail: [enpav@enpav.it](mailto:enpav@enpav.it) - [enpav@pec.it](mailto:enpav@pec.it)  
Codice Fiscale 80082330582



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

### **Data evento**

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

### **Difetto fisico**

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

### **Dipendente Enpav**

Il soggetto che svolge attività lavorativa alle dipendenze dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari.

### **Ente**

Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari – Enpav.

### **Franchigia**

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

### **Indennità sostitutiva**

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### **Infortunio**

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

### **Interventi chirurgici**

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

### **Invalidità permanente**

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'Assicurato.

### **Istituto di cura**





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, della casa di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

### **Iscritto**

Veterinario iscritto all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, che versa contributi al medesimo Ente e non percepisce pensione dallo stesso.

### **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **Malformazione**

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

### **Massimale**

La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun assicurato o per l'intero nucleo, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo.

### **Nucleo familiare**

Il coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento ed i figli in affidamento. Inoltre, si intendono inclusi nella definizione di nucleo anche i genitori conviventi fino a 75 anni di età

### **Pensionato**

Colui che percepisce trattamento pensionistico dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, ma ha cessato la sua qualifica di iscritto come identificata in precedenza. Si considerano pensionati anche i titolari di pensione indiretta o di reversibilità.

### **Pensionato di invalidità**

Colui che percepisce la pensione di invalidità dall'Enpav ed è iscritto all'Albo dei Medici Veterinari.

### **Polizza**

Il documento che prova l'Assicurazione.

### **Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Società

### **Retta di degenza**





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

### **Ricovero**

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

### **Scoperto**

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

### **Sinistro**

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

### **Società**

Compagnia di Assicurazioni.

### **Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

### **Titolare di pensione indiretta**

Il superstite dell'iscritto deceduto prima di aver maturato il diritto a pensione.

### **Titolare di pensione di reversibilità**

Il superstite del pensionato deceduto.

### **Visita specialistica**

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione

## **2. SOGGETTI ASSICURATI**

L'Assicurazione è operante per gli iscritti all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Veterinari, per i pensionati di invalidità, per i componenti degli Organi Enpav il cui costo della copertura è a carico dell'Ente stesso, per i dipendenti dell'ENPAV e per i figli conviventi invalidi degli iscritti, titolari dell'indennità di accompagnamento. Il premio per i dipendenti dell'Enpav e per i figli conviventi invalidi titolari dell'indennità di accompagnamento – salvo accettazione della relativa migliorata tecnica (*rimando*) - sarà corrisposto dall'Ente, nella misura rispettivamente del premio per l'iscritto e per figlio.

E' data facoltà agli assicurati di estendere la copertura sanitaria al proprio nucleo familiare, così come identificato nelle "Definizioni", con costo a proprio carico.

E' altresì facoltà del pensionato, del titolare di pensione indiretta o di reversibilità, del cancellato, unitamente anche al relativo nucleo familiare, di aderire al Piano Unico con costi a proprio carico.

Gli iscritti che passino in quiescenza o che si cancellino dall'Ente nel corso della vigenza del contratto verranno mantenuti in copertura sino alla prima scadenza anniversaria di polizza. Potranno successivamente confermare la garanzia assicurativa con premio a proprio carico a condizione che ciò

P a g . 7 | 68





avvenga senza soluzione di continuità rispetto alla cessazione per quiescenza o alla cancellazione dall'Ente.

In caso di decesso dell'iscritto o del pensionato/cancellato/dipendente Enpav/componente Organi Enpav, gli eventuali familiari assicurati saranno tenuti in garanzia fino alla prima scadenza anniversaria del contratto.

### 3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante in caso di malattia ed in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, fermo restando quanto specificato al successivo articolo 28 *"Modalità operative del piano relativamente alle situazioni patologiche e agli infortuni preesistenti"*, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici di cui all'allegato elenco A (anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate, purché rientranti nella medesima tipologia)
- Ricovero per Gravi Eventi Morbosi di cui all'allegato elenco B
- Indennità di convalescenza a seguito di ricovero per grande intervento o per grave evento morboso superiore a 20 giorni
- Tutela Neonati
- Malattie oncologiche e follow-up
- Alta specializzazione
- Consulenza medico-specialistica second opinion
- Prevenzione odontoiatrica
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Cure Dentarie
- Cure dentarie da infortunio
- Garanzia in caso di Brucellosi (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)
- Garanzia invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione (elenco specifico di patologie indicato in garanzia), operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo
- Garanzia di non autosufficienza permanente. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Spese per rimpatrio salma
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- Prevenzione
- Indennità per maternità a rischio (garanzia operante per la sola iscritta all'Ente professionalmente attiva)
- Pacchetto Maternità
- Supporto Psicologico
- Protesi ortopediche ed acustiche

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato potrà rivolgersi, con le modalità riportate nella Sezione IV *"Norme che disciplinano il sinistro"*, a:







- 1 Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- 2 Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- 3 Servizio Sanitario Nazionale

#### 4. RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI DI CUI ALL'ALLEGATO ELENCO A

##### 4.1 Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di Grandi Interventi (per gli interventi contenuti nell'elenco "A", anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate, purché rientranti nella medesima tipologia), la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

**a. Pre-ricovero:** Esami, terapie, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.

**b. Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

**c. Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

**d. Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.

**e. Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

**f. Assistenza infermieristica privata individuale:** Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 gg. per ricovero.

**g. Post-ricovero:** Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, terapie, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 140 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

**h. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni:** in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di € 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.





#### 4.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di ritorno alla propria abitazione, con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

#### 4.3 Trapianti

In caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 4.1 "Ricovero in istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici" e 4.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie, nonché quelle per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da persona vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

#### 4.4 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto all'indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a gg. 90 per persona e per anno assicurativo.

#### 4.5 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €400.000,00 per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

### 5. RICOVERO PER GRAVI EVENTI MORBOSI DI CUI ALL'ALLEGATO ELENCO B

#### La garanzia è operante in assenza di intervento chirurgico.

##### 5.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di Grave Evento Morboso

In caso di ricovero in Istituto di cura a causa di Gravi Eventi Morbosi (per gli eventi contenuti nell'elenco "B"), la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

**a. Pre-ricovero:** Esami, terapie, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Le spese relative a questa garanzia vengono sempre liquidate nella forma di rimborso all'Assicurato.

**b. Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

**c. Rette di degenza:** Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.



**d. Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia o infortunio in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

**e. Assistenza infermieristica privata individuale:** Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 45 gg. per ricovero.

**f. Post-ricovero:** Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, terapie, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 140 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

**g. Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a venti (20) giorni:** in caso di ricovero in copertura a termini della presente polizza, avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a venti (20) giorni consecutivi, la società riconosce all'Assicurato la corresponsione di un importo giornaliero di € 50,00 per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso per un massimo di 30 giorni per ricovero, purché la convalescenza sia stata prescritta all'atto delle dimissioni.

## 5.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di ritorno alla propria abitazione, con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

## 5.3 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto all'indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a gg. 90 per persona e per anno assicurativo.

## 5.4 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 400.000,00** per persona. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

## 6. TUTELA NEONATI

I neonati, nati in vigenza di polizza, sono assicurati dal momento della nascita con decorrenza immediata. Sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per patologie congenite e per la correzione di malformazioni e di difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite massimo di € 10.000,00.

## 7. MALATTIE ONCOLOGICHE

Nel caso di malattie oncologiche, la Società rimborsa le spese ospedaliere ed extraospedaliere sostenute per:





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser e qualsiasi altra terapia oncologica riconosciuta.
- visite mediche, esami e accertamenti diagnostici.
- follow-up oncologico in presenza di codice esenzione 048

In caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € **10.000,00** per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale è da intendersi per nucleo.

## 8. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Ecografia
- Ecodoppler
- Endoscopia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia – Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- Colonscopia diagnostica
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Ecoendoscopia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Gastrosopia diagnostica
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Ecografia mammaria
- Linfografia
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Spirometria
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 7.500,00** per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, ad eccezione di una franchigia di € 30,00 per accertamento diagnostico o per ciclo di terapia che viene versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

Nel caso in cui si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico nei limiti del massimale assicurato.

## **9. CONSULENZA MEDICO-SPECIALISTICA SECOND OPINION**

Qualora l'Assicurato, cui sia stata diagnosticata una delle patologie sotto elencate, avverta l'esigenza di ricevere un secondo parere medico sui responsi ricevuti dai sanitari curanti, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa della Società attraverso il numero telefonico messo a tal fine a disposizione.





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, accertata la necessità della richiesta, individua gli specialisti convenzionati in grado di valutare il caso clinico in esame e li sottopone all'Assicurato per la sua scelta finale.

Successivamente si procede con il consulto.

L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre prestazioni per anno.

La Società tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione della consulenza medico-specialistica, incluso l'onorario dello specialista consultato.

Rimangono a carico dell'Assicurato il costo di tutti gli esami necessari (esami diagnostici, esami di laboratorio, immagini fotografiche, ecc.) per il consulto ed eventualmente il costo di ulteriori accertamenti richiesti dallo specialista contattato.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

## **10. GARANZIA ODONTOIATRICA**

### **10.1 Prevenzione odontoiatrica**

La Società provvederà al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale per anno in Strutture Sanitarie convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi etc.





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa.

### **10.2 Interventi chirurgici odontoiatrici**

La Società dovrà rimborsare le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

Per l'attivazione della garanzia sarà 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 consisterà in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o mascella.

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 7.500,00** per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale annuo è da intendersi per nucleo.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari suo carico, nei limiti del massimale assicurato.

### **10.3 Cure dentarie da infortunio**

La Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, dovrà liquidare all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime.





Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.  
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il massimale assicurato corrisponde a € 1.000,00 per anno assicurativo e per Assicurato; in caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare.

#### **10.4. Cure dentarie diverse da infortunio**

La Società provvede al pagamento delle seguenti spese effettuate in Strutture sanitarie convenzionate, e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- Per cure odontoiatriche e ortodontiche, comprese visite ed esami radiologici, con esclusione delle spese per ablazione tartaro e courettage se effettuate a scopo preventivo
- Per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche

Sono escluse le prestazioni già previste ai punti 10.1, 10.2 e 10.3.

Il massimale a disposizione per questa garanzia è di € 800,00 per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, ad eccezione di una franchigia di € 100 che viene versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

#### **11. GARANZIA IN CASO DI BRUCELLOSI (garanzia operante per il solo iscritto all'Ente e per i pensionati di invalidità Enpav)**

La Società riconoscerà un indennizzo di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00) qualora, in un momento successivo alla data di effetto di tale garanzia, venga diagnosticata la brucellosi al veterinario iscritto. Verrà riconosciuto un ulteriore indennizzo di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00) per ogni mese di inattività professionale derivante dalla malattia, fino ad un massimo di nove mesi.

L'indennità mensile matura il 16° giorno di inattività continuativa.

La brucellosi viene riconosciuta dall'I.N.A.I.L. quale malattia professionale del veterinario; pertanto la Società garantisce la corresponsione dell'indennità solamente al veterinario che contragga tale patologia durante l'esercizio della professione e sino al compimento del 65° anno di età.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante l'insorgenza della malattia corredato dalla copia della relativa documentazione medica richiesta, attenendosi alle modalità indicate all'art. 42.5 "Norme relative alla liquidazione relativa alla "garanzia in caso di diagnosi per brucellosi".

#### **12. GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE (garanzia operante per il solo iscritto all'Ente e per il pensionato di invalidità Enpav)**





### 12.1 Definizione della garanzia

La Società dovrà garantire il caso in cui una delle sotto riportate patologie, contratta successivamente alla decorrenza della polizza e manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione della stessa, produca come conseguenza un'invalidità permanente.

Le patologie sono:

- Carbonchio
- Dermatofitosi
- Echinococcosi
- Leptosirosi
- Listeriosi
- Psittacosi
- Rickettsiosi
- Toxoplasmosi
- Tularemia

La Società dovrà corrispondere l'indennizzo per le conseguenze dirette cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente, quindi, dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla patologia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione della eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

Il capitale assicurato per questa garanzia è pari ad **€ 40.000,00**.

Per dare avvio alla procedura di indennizzo del sinistro, sarà necessario presentare alla Società specifica documentazione medica come indicato all'art. 42.6 "Norme relative alla liquidazione della Garanzia Invalidità Permanente".

### 12.2 Determinazione dell'indennità

L'indennità viene calcolata in base alla seguente tabella di riparametrazione.

**Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.**

| Percentuale di invalidità accertata | Percentuale di invalidità liquidata |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| da 0 a 24                           | 0                                   |
| 25                                  | 5                                   |
| 26                                  | 8                                   |
| 27                                  | 11                                  |
| 28                                  | 14                                  |
| 29                                  | 17                                  |
| 30                                  | 20                                  |
| 31                                  | 23                                  |
| 32                                  | 26                                  |
| 33                                  | 29                                  |





|             |            |
|-------------|------------|
| 34          | 32         |
| Da 35 a 55  | Da 35 a 55 |
| 56          | 59         |
| 57          | 63         |
| 58          | 67         |
| 59          | 71         |
| 60          | 75         |
| 61          | 79         |
| 62          | 83         |
| 63          | 87         |
| 64          | 91         |
| 65          | 95         |
| Da 66 a 100 | 100        |

L'accertamento dell'eventuale grado di invalidità permanente residua viene effettuato non prima di un anno dalla data della denuncia del sinistro e, comunque, a situazione clinica stabilizzata.

### **13. GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo)**

#### **13.1 Oggetto della garanzia**

La Società garantisce all'Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'erogazione di una rendita.

#### **13.2 Persone assicurate**

La copertura assicurativa è valida per tutti gli iscritti all'Ente professionalmente attivi, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo "Condizioni di assicurabilità".

#### **13.3 Condizioni di assicurabilità**

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento dell'ingresso in copertura, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invalidità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di





ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

#### 13.4 Somma assicurata

La somma garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 6.000,00 all'anno;

**Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata di 5 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente.**

#### 13.5 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),

e necessari in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

#### 13.6 Modalità di erogazione della rendita

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata".

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di dipendenza dell'Assicurato.

*– Erogazione in forma di rendita*

La rendita verrà erogata, per la prima volta, con valuta pari al primo giorno del mese successivo alla comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza, se questa ha data compresa tra il 1° e il 10° giorno del mese, oppure con valuta pari al primo giorno del secondo mese successivo alla





comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza se questa ha data successiva al 10° giorno del mese.

L'importo della prima corresponsione comprende anche le rate di rendita maturate tra la data di presentazione della richiesta completa e quella di effettiva erogazione.

### 13.7 Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

### 13.8 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla Società.

Al verificarsi della perdita di autosufficienza, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti deve richiedere per iscritto alla Società il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Alla richiesta devono essere allegati:

- un certificato del medico curante che attesti la perdita permanente di autosufficienza
  - una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza
- entrambi redatti su appositi modelli forniti dalla Società.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione ("data di denuncia"), decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni sulle predette cause, nonché ulteriore documentazione medica.

Ultimati i controlli medici, la Società comunica per iscritto all'Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

### 13.9 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti al punto relativo alla somma assicurata - nella forma di seguito indicata:  
- erogazione della prestazione in forma di rendita.

### **13.10 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza**

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e, in particolare, di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà, inoltre, richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

### **14. SPESE RIMPATRIO SALMA**

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato successivamente a ricovero conseguente a eventi assicurati, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite di € 1.000,00 e per Assicurato; nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale sopraindicato è da intendersi per nucleo familiare.

### **15. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti cure e terapie a scopo fisioterapico e riabilitativo (si intendono comprese le infiltrazioni e il relativo farmaco):

- a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, anche se l'infortunio avesse comportato un intervento chirurgico,
- a seguito di malattia

Tali trattamenti/terapie devono essere prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per i trattamenti effettuati a seguito di infortunio:

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ciclo di terapia.

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





Per i trattamenti effettuati a seguito di malattia:

Le prestazioni potranno essere effettuate esclusivamente in Strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato con la Società.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime, ad eccezione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla Struttura stessa.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 500,00** per Assicurato. In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

## **16. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente agli accertamenti diagnostici si intendono compresi tutti quelli non rientranti nella garanzia "Alta Specializzazione".

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

In caso di utilizzo del Network, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30,00 per prestazione.

In caso contrario le spese verranno rimborsate all'assicurato previa applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di € 50 per visita o accertamento.

I ticket SSN verranno rimborsati al 100%.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 750,00** se è assicurato solo il singolo titolare di polizza, mentre si intende innalzato a **€ 1.200,00** se è assicurato anche il nucleo familiare.

## **17. PACCHETTO MATERNITA'**

In caso di gravidanza accertata, la Società rimborsa, nel limite di € 1.000 per nucleo, le seguenti prestazioni:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- analisi clinico chimiche da protocollo
- Test Prenatali (amniocentesi, villocentesi, Prenatal Safe)
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- n.1 ecocardiografia fetale





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

- n.1 visita di controllo ginecologico post parto
- 2 visite urologiche

### **18. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE**

La Società rimborsa le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici con il limite anno/nucleo di € 1.000,00.

Nell'ambito di questo massimale la Società rimborsa anche ortesi e presidi sanitari fino al limite di € 250 per nucleo.

Il rimborso avverrà previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 25 per fattura.

### **19. PREVENZIONE**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di medicina preventiva elencate nei pacchetti "prevenzione cardiovascolare" e "prevenzione oncologica" effettuate in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

L'Assicurato potrà scegliere un unico pacchetto per anno assicurativo, con il vincolo che il pacchetto "prevenzione oncologica" potrà essere effettuato una volta ogni due anni,

In assenza di strutture convenzionate nel raggio di 25km dal domicilio dell'assicurato o dal suo luogo di lavoro, l'assicurato, sempre su indicazione della Centrale Operativa, potrà effettuare le prestazioni presso strutture non convenzionate e richiederne il rimborso fino ai seguenti limiti per le prestazioni che non è stato possibile effettuare in convenzionamento diretto:

- Prevenzione cardiovascolare: € 100
- Prevenzione oncologica uomo o donna: € 150

### **Prestazioni previste una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)**

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Dosaggi ormonali tiroidei
- Elettrocardiogramma di base
- Elettroliti sierici
- Elettroforesi delle sieroproteine,
- Emoglobina glicata
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- Protidemia totale
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Trigliceridi





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Videoconsulto cardiologico per consulenza su referti

**Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)**

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT )
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT )
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Ecografia prostatica
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Mappatura nevi

**Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)**

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT )
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT )
- Azotemia (Urea)
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Creatininemia
- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Mammografia
- Omocisteina
- PAP-Test
- PT (Tempo di protrombina)
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- Ricerca sangue occulto nelle feci
- Trigliceridi
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)







ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

– Mappatura nevi

## **20. INDENNITA' PER MATERNITA' A RISCHIO PER LAVORATRICI AUTONOME (garanzia operante per la sola iscritta all'Ente professionalmente attiva)**

La Società provvede al pagamento di un importo pari a € 650,00 al mese solo per lavoratrici autonome, nel caso in cui all'iscritta sia riconosciuto lo stato di maternità a rischio.

Per poter richiedere il pagamento dell'indennità, l'Assicurata dovrà essere in possesso di codice di esenzione M50 (ed eventuali successive riclassificazioni), rilasciato da medico ginecologo operante presso struttura ASL esclusivamente a fronte di gravi complicanze della gestazione e preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dalla gravidanza.

Si precisa che in alternativa al tesserino con codice M50 o successivi, è possibile presentare copia di ricetta «rossa» emessa da medico ginecologo ASL (o analoghi acronimi), che riporti indicazione di tale codice o successivi.

L'indennità non viene erogata nel caso in cui la maternità a rischio sia riconosciuta per cause diverse da quelle sopra indicate.

L'assicurata dovrà, inoltre, mettere a disposizione della Società la documentazione medica inerente la/le patologia/e che hanno portato al riconoscimento dello stato di rischio. La Società si riserva il diritto di verificare la documentazione presentata per la propria valutazione.

L'importo verrà calcolato dal giorno dell'attribuzione del codice di esenzione M50 (o da altro documento come sopra espresso) al termine del VII mese di gravidanza e, comunque, per un massimo di 5 mesi e verrà erogato per il 50% al termine del V mese di gravidanza e per il restante 50% al termine del VII mese di gravidanza (farà fede la data presunta del parto). In caso di frazioni di mese, l'importo verrà calcolato secondo pro rata temporis.

## **21. SUPPORTO PSICOLOGICO (garanzia operante per il solo titolare)**

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute per colloqui psicoterapici prescritti da medico iscritto all'albo. La garanzia è prestata nel limite di € 50,00 a seduta per un massimo di 15 sedute all'anno.

## **22. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E NETWORK**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi:

- 1) alle strutture aderenti al Network;
- 2) alle strutture Sanitarie Private non aderenti al network;
- 3) alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;
- 4) In regime misto (in migliororia tecnica)

La Società mette a disposizione degli assicurati ENPAV un network di medici e strutture sanitarie convenzionati che garantiscano tariffe agevolate e presso i quali sia possibile ottenere, se indennizzabili ai sensi di polizza, le prestazioni in assistenza diretta

La Società si impegna a garantire che facciano parte del network convenzionato sul territorio italiano:

- 1) almeno 200 case di cura e/o ospedali, abilitati al ricovero notturno e diurno, distribuite in almeno 18 Regioni

P a g . 25 | 68



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma  
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57  
sito web: [www.enpav.it](http://www.enpav.it) . e-mail: [enpav@enpav.it](mailto:enpav@enpav.it) - [enpav@pec.it](mailto:enpav@pec.it)  
Codice Fiscale 80082330582



- 2) almeno 400 centri diagnostici (nei quali poter anche effettuare il check up), distribuiti in almeno 70 Province
- 3) almeno 2.000 medici convenzionati diversi dai dentisti, distribuiti sul territorio nazionale;
- 4) almeno 1.500 medici dentisti sul territorio nazionale.

La Società si impegna a garantire, inoltre, che ogni network convenzionato rispetti elevati standard qualitativi e di servizio. La Società si impegna a valutare eventuali implementazioni su segnalazione dell'ente.

## **23. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI**

### **23.1 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati verranno liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle previste all'art.4.1, lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale" e all'art. 4.2 "Trasporto sanitario", che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati. .

### **23.2 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate verranno rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10% (l'importo a carico dell'Assicurato, comunque, non potrà essere inferiore a € 250,00 -franchigia minima-, né superiore a € 2.500,00 -franchigia massima-), ad eccezione delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- a) Art. 4.1 "Ricovero in istituto di cura"
  - lett. d) "Rette di degenza";
  - lett. e) "Accompagnatore";
  - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale"
  - lett. h) "Indennità di convalescenza"

- b) Art. 4.2 "Trasporto sanitario"

che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

### **23.3 Regime misto (opzione migliorativa)**

Qualora il convenzionamento con l'Assicuratore riguardi l'Istituto di Cura e non anche il personale medico, è previsto il pagamento diretto delle spese dell'Istituto di Cura mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene con le modalità ed i limiti previsti per le prestazioni in regime di Assistenza Indiretta.

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi il personale sanitario e non anche l'Istituto di Cura, è previsto il pagamento diretto delle spese relative al personale medico mentre il rimborso delle spese dell'Istituto di Cura avviene secondo i limiti del regime di Assistenza Indiretta.

### **23.4 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 4.4 "Indennità sostitutiva".





Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al precedente art. 23.1 "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o art. 23.2 "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

## 24. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI EVENTI MORBOSI

### 24.1 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In questo, caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quelle previste all'art. 5.1, lett. e) "Assistenza infermieristica privata individuale" ed all'art. 5.2 "Trasporto sanitario", che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai medesimi punti.

### 24.2 Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10%, ad eccezione delle seguenti:

a) Art. 5.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di grave evento morboso":

lett. c) "Rette di degenza";

lett. d) "Accompagnatore";

lett. e) "Assistenza infermieristica privata individuale"

lett. g) "Indennità di convalida"

b) Art. 5.2 "Trasporto sanitario"

che verranno rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

### 24.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 5.3 "Indennità sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al precedente art. 24.1 "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o art. 24.2 "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".





## 25. REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 24h dalla data fissata per la prestazione, fornendo all'assicurato la possibilità di integrare eventuale documentazione mancante entro la data stessa e senza la necessità di richiedere una nuova prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

Per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato una Centrale operativa con numero verde dedicato operativo dalle 8.00 alle 19.30.

## 26. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

### 26.1 Inclusioni del nucleo familiare come identificato nelle "Definizioni"

Il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", potrà essere incluso mediante pagamento del relativo premio e comunicazione dei dati anagrafici dei familiari secondo le modalità condivise con la Società entro 60 gg. dalla data di decorrenza della polizza; oltre detto termine potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi iscritti/dipendenti Enpav/componenti Organi Enpav, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura del termine di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale della polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di 1 anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo per i successivi 12 mesi, verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

### 26.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 26.1, l'inclusione di familiari rientranti nel nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", in un momento successivo alla decorrenza della polizza sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura; essa verrà effettuata mediante comunicazione dei dati anagrafici dei familiari secondo le modalità condivise con la Società.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre a condizione che questa venga comunicata entro 45 gg. e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempre a condizione che sia stato pagato il relativo premio.





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di 1 anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo per i successivi 12 mesi, verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

### **26.3 Nuove iscrizioni / assunzioni / nuove nomine**

Nel caso di nuove iscrizioni / assunzioni / nomine, la garanzia per il neo-iscritto / dipendente Enpav componente di Organi Enpav decorrerà dal giorno della comunicazione dell'iscrizione / assunzione / nomina da parte dell'Ente alla Società.

Qualora il neo-iscritto/dipendente/componente di Organi Enpav intenda inserire il nucleo familiare, come identificato nelle "Definizioni", dovrà effettuare l'inclusione nella copertura secondo quanto indicato al punto 26.2; per l'annualità assicurativa in corso all'atto dell'iscrizione/assunzione/nomina l'inclusione del nucleo familiare non potrà essere effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato. L'inclusione verrà effettuata mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio.

La garanzia per il nucleo familiare decorrerà in forma rimborsuale contestualmente a quella del neo-iscritto/dipendente Enpav/componente di Organo Enpav, mentre per l'attivazione dell'assistenza diretta sarà necessario aver provveduto al pagamento del premio. Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo per i successivi 12 mesi, verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

Le relative inclusioni verranno gestite in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento.

### **26.4 Inclusioni di pensionati / cancellati Enpav**

Gli Associati dell'Ente che risultino titolari di pensione erogata dall'Ente stesso, anche indiretta o di reversibilità, e i cancellati Enpav alla data di decorrenza della copertura, potranno aderire al piano sanitario solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio. Nel caso in cui l'adesione non avvenga entro i termini e le modalità sopra indicate, non sarà possibile aderire al piano sanitario per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo per i successivi 12 mesi, verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

L'iscritto che diviene pensionato o che si cancella dall'Ente in data successiva alla data di effetto della polizza, ed eventualmente il relativo nucleo familiare, se assicurato, rimarranno in copertura fino alla scadenza annuale della polizza.

Nel caso di decesso del pensionato o del cancellato, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale.





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno).

Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo per i successivi 12 mesi, verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

Le relative inclusioni verranno gestite in fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento .

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai precedenti punti 26.2, 26.3 e 26.4, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia è pari:

**al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;**

**al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.**

#### **26.5 Cessazione dell'iscrizione all'Ente / dimissione o licenziamento del dipendente Enpav/dimissione o sostituzione del componente di Organo Enpav.**

Nel caso di cessazione di iscrizione all'Ente del veterinario, di dimissione o licenziamento del dipendente Enpav, di dimissione o sostituzione del componente di Organo Enpav, la copertura assicurativa dello stesso avrà termine alla prima scadenza annuale di polizza.

#### **26.6 Decesso dell'iscritto/dipendente Enpav/componente di Organo Enpav**

Nel caso di decesso dell'iscritto/dipendente Enpav/componente di Organo Enpav, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla prima scadenza annuale della polizza.

### **27. ENTITA' DEL PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

I premi annui lordi per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- **€ ... (come da offerta economica)** (euro .../...) piano unico per iscritti, pensionati di invalidità, pensionati, cancellati, dipendenti Enpav e componenti organi Enpav;
- **€ 65** (euro sessantacinque/00) per l'estensione al coniuge o convivente more uxorio del piano unico;
- **€ 40** (euro quaranta/00) per l'estensione del piano unico a ciascun figlio convivente o, se non convivente, fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento, di età superiore a 15 anni
- **€ 65** (sessantacinque/00) per ogni genitore convivente

Il premio dovrà essere calcolato in via provvisoria su n. **28577 iscritti all'Ente, pensionati di invalidità, figli inabili titolari di indennità di accompagnamento, dipendenti Enpav.**

Nel caso in cui si riscontri un maggiore numero di iscritti e pensionati di invalidità alla data di decorrenza della polizza, rispetto al quale è stato calcolato il premio anticipato, la relativa differenza verrà gestita in

P a g . 30 | 68





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

fase di regolazione premio al termine dell'annualità di riferimento, che dovrà essere regolata dall'Ente entro gg. 60.

La copertura per l'Associato/dipendente Enpav/componente di Organo Enpav ed eventualmente per il nucleo familiare incluso avrà effetto, dalle ore 24.00 del giorno nel quale ha inizio la polizza.

Per gli assicurati facoltativamente assistiti è tuttavia necessario che si sia adempiuto al pagamento del premio.

## **28. MODALITÀ OPERATIVE DEL PIANO RELATIVAMENTE ALLE SITUAZIONI PATOLOGICHE E AGLI INFORTUNI PREESISTENTI**

Per gli iscritti all'Ente e per i pensionati di invalidità Enpav, la copertura opera senza alcuna limitazione relativamente a situazioni patologiche preesistenti l'ingresso dell'Assicurato nella copertura, salvo quanto previsto al punto 11 "Garanzie in caso di brucellosi", al punto 12 "Garanzia di invalidità permanente" e al successivo art. 40 "Esclusioni dall'assicurazione".

Per i familiari degli iscritti, per i cancellati, per i pensionati, per i dipendenti Enpav e per i componenti di Organi Enpav, nonché per i loro nuclei familiari che vengano inclusi nella garanzia entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza, varrà il medesimo principio indicato al precedente capoverso.

Per tutti coloro che vengano inseriti volontariamente nella copertura oltre tale data, la garanzia opererà con l'esclusione delle situazioni patologiche e infortuni preesistenti alla data di inclusione del piano relativamente alla garanzia "Gravi Eventi Morbosi".

### **28.1 OPERATIVITA' COPERTURA**

Per tutti gli assicurati che alla data del 31/12/2021 risultassero già in copertura nella polizza in corso con Intesa San Paolo RBM Salute, la presente polizza opera senza soluzione di continuità per tutte le garanzie prestate.

## **SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI**

### **29. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE / DURATA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO**

L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del 01/01/2022 e avrà scadenza alle 00.00 dell'01/01/2024. Il contraente si impegna a versare il premio con rate trimestrali, ognuna entro 60 giorni dalla decorrenza del trimestre. In caso contrario, l'Assicurazione resterà sospesa dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà efficacia dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Lo stesso vale per le rate successive.

Con preavviso di 90 giorni (30/09/2023), ENPAV si riserva la facoltà di affidare all'aggiudicatario la ripetizione del servizio per ulteriori 12 mesi (fino al 01/01/2025), alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche.

È inoltre, facoltà di ENPAV richiedere per un altro anno (fino all'1/1/2026) la prosecuzione del servizio, con preavviso di 210 giorni (31/5/2024) rispetto alla scadenza. La Società aggiudicataria potrà in questo caso, entro 180 giorni dalla scadenza (30/6/2024), comunicare a ENPAV l'accettazione o il rifiuto della richiesta.





### 29.1 Clausola risolutiva espressa e risoluzione del contratto per inadempimento - Recesso

Ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile il Committente si riserva inoltre la facoltà di risolvere il contratto nei seguenti casi:

- a. qualora a carico dell'Appaltatore sia intervenuto stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività, di concordato preventivo e di qualsiasi altra situazione equivalente;
- b. cessione di credito non autorizzata, cessione del contratto totale o parziale a terzi o subappalto del servizio senza preventiva autorizzazione scritta del Committente;
- c. mancato pagamento di oneri, contributi o salari del personale dipendente;
- d. in caso di frode, di grave negligenza, di contravvenzione nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni contrattuali;
- e. Sopravvenuta sospensione, revoca, decadenza o annullamento dell'iscrizione all'anagrafe dei Fondi Integrativi sanitari di cui al decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2009.

In tutte le sopra indicate ipotesi il Committente, qualora intendesse procedere alla risoluzione del contratto, comunicherà all'Appaltatore, mediante lettera raccomandata, la sua intenzione, indicando l'ammontare dei danni subiti. Trascorsi 15 giorni dalla comunicazione il contratto si intenderà risolto.

Nell'ipotesi di risoluzione del contratto, l'Appaltatore avrà ragione soltanto al pagamento dei servizi eseguiti regolarmente e sarà passibile del danno che pervenisse al Committente dalla stipulazione di un nuovo contratto e/o dall'esecuzione d'ufficio.

Nei casi suddetti, fino a regolarizzazione di ogni pendenza, il Committente tratterà in garanzia quanto, a qualsiasi titolo, risultasse a credito dell'Impresa e provvederà comunque d'ufficio ad incamerare la cauzione definitiva.

L'Appaltatore si impegna comunque ad assicurare la continuità degli interventi oggetto del presente Capitolato, anche nel caso di anticipata risoluzione del contratto, fino al successivo affidamento dei servizi a terzi. Resta inteso che, fino al perfezionamento del nuovo contratto, rimangono in capo all'Appaltatore stesso le responsabilità civili e penali.

Il contratto potrà comunque venire risolto ex art. 1456 c.c. in caso di commissione di un reato previsto dal D.Lgs 231/2001 e successive modifiche e integrazioni ed accertato con sentenza passata in giudicato, a seguito di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.c. nonché in caso di irrogazione, anche in sede cautelare, delle sanzioni interdittive del divieto di contrattare con la pubblica amministrazione o dell'interdizione dall'esercizio dell'attività.

In ogni caso, al momento dell'apertura di un procedimento in sede penale nei confronti dell'appaltatore per reati rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/2001, dovrà esserne data informazione immediata al Committente, che avrà la facoltà di risolvere il contratto per il verificarsi di tale condizione risolutiva ex art. 1353 c.c."

### 30. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

### 31. ONERI FISCALI

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







ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

### 32. FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

### 33. TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

### 34. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

### 35. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze dal medesimo stipulate per lo stesso rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

### 36. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

### 37. TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale.

Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) n. 869840460E

### 38. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto – ivi compreso il pagamento dei premi – dell'assistenza e della consulenza del Broker.

Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola

P a g . 33 | 68



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma  
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57  
sito web: [www.enpav.it](http://www.enpav.it) . e-mail: [enpav@enpav.it](mailto:enpav@enpav.it) - [enpav@pec.it](mailto:enpav@pec.it)  
Codice Fiscale 80082330582



eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo – dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, anche per tramite del Broker.

Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente.

La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera – ai fini di quanto disposto dall'art. 1091 C.C. – come eseguito nei confronti della Società e deve, pertanto, intendersi liberatorio per il Contraente.

Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicare alla Società l'eventuale revoca, ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto.

La remunerazione del Broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto nella misura del 3% (tre%).

### SEZIONE III- LIMITAZIONI

#### 39. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

#### 40. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- 1 - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto all'art.6 "Tutela Neonati";
- 2 - la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3 - le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 4 - i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 5 - i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 6 - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 7 - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 8 - gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- 9 - le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 10 - le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

11 - limitatamente alle prestazioni previste all'art. 11 "Garanzia odontoiatrica", l'Assicurazione non è operante per:

- a) protesi estetiche;
- b) trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

#### 41. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti, i figli, i dipendenti Enpav ed i componenti degli Organi Enpav.

Per i pensionati è previsto un limite di età di 85 anni.

Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di 85 anni.

Per i familiari è previsto un limite di età di 85 anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di 75 anni per i genitori conviventi.

Per le persone che raggiungano le età sopra indicate in corso d'anno, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annuale del premio.

### SEZIONE IV – NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

#### 42. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato, o chi per esso, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi articoli 42.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", 42.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 42.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'articolo 42.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società", ed all'art. 23.2 "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", ed art. 24.2 "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

#### 42.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

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

In caso di ricovero, dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero, l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.





A tal fine, l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate o sotto franchigia/scoperto.

#### **42.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società la documentazione necessaria, anche in modalità telematica:

- modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero\*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

\* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini della corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso, l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa. L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'art. 23.2 "Modalità di erogazione delle prestazioni- prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

#### **42.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti articoli 42.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" e 42.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".





Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

#### **42.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 30 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta, ad es. denuncia dei redditi).

La liquidazione degli indennizzi da parte della Società oltre i termini previsti nel presente Capitolato determina, in favore dell'Assicurato, il pagamento di una penale pari al 15% dell'indennizzo dovuto.

#### **42.5 Norme relative alla liquidazione relativa alla “Garanzia in caso di diagnosi per brucellosi” Denuncia del sinistro e oneri relativi**

L'iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante la diagnosi di brucellosi e la relativa data di insorgenza, corredato dalla copia della documentazione medica richiesta, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della malattia, l'iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia indennizzabili. La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

Ai fini della liquidazione dell'indennizzo, l'Assicurato dovrà necessariamente fornire alla Società il certificato attestante la durata di inattività professionale.

#### **42.6 Norme relative alla liquidazione della “Garanzia Invalidità permanente”**

##### **A) Denuncia del danno e obblighi relativi**

Nel caso di malattia che abbia comportato, o sembri comportare, un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia, deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata alla Società, entro 180 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Alla denuncia dovrà essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- a) copia del certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- b) copia della cartella clinica, conforme all'originale, ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, sarà concesso il termine di 180 giorni dalla scadenza per la relativa denuncia.



L'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

## **B) Criteri di liquidazione**

Entro un mese dalla determinazione del grado di invalidità permanente, la Società liquiderà l'indennizzo che risulterà dovuto e provvederà al pagamento se ed in quanto sia dovuto ed accettato dall'Assicurato. Ove, a giudizio sia del medico dell'Assicurato che del consulente medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo, quindi, al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Nell'ipotesi che il trattamento terapeutico determini, invece, un peggioramento della situazione patologica in atto, anche attraverso effetti collaterali, nella valutazione del danno la Società terrà conto del conseguente maggior pregiudizio.

Se l'Assistito muore per causa indipendente dall'infortunio, dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, la Società paga ai beneficiari o agli eredi l'importo liquidato od offerto.

Se l'Assistito muore, per causa indipendente dall'infortunio, prima dell'accertamento dei postumi permanenti, la Società paga ai beneficiari e agli eredi l'importo che verrà determinato in seguito all'invio da parte di quest'ultimi della documentazione medica comprovante l'invalidità.

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente, quindi, dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla malattia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione della eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggiore pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

In caso di riduzione funzionale di un arto o di un organo già minorato, le percentuali di invalidità permanente accertata saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società verserà gli indennizzi contro regolare quietanza, sottoscritta dagli Assicurati coinvolti o dai loro aventi diritto, pienamente liberativa.

## **42.7 Gestione documentazione di spesa**

### **A Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura all'Assicurato.

### **B Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società**

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica o in via telematica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge, mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.





#### 43. RISOLUZIONE BONARIA DELLE CONTROVERSIE

Con cadenza mensile, rappresentanti del Contraente, della Società e del Broker si incontreranno presso la sede del Contraente, o in altro luogo concordato, per esaminare e valutare congiuntamente i casi che hanno portato a contenzioso, al fine di trovarne bonaria risoluzione, nonché ogni situazione relativa al contratto che necessiti di ulteriore valutazione.

#### 44. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Laddove non si raggiungesse accordo in occasione degli incontri mensili, eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

#### 45 - REPORTISTICA

La Società, su base trimestrale, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico condiviso con il Contraente, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società;
- b) la data di accadimento dell'evento;
- c) la tipologia di Assicurato (es. iscritto, pensionato, familiare...);
- d) sesso dell'Assicurato
- e) età dell'Assicurato
- f) la garanzia di polizza interessata;
- g) la tipologia di evento (es: ricovero per grande intervento chirurgico, visita, accertamento diagnostico, prevenzione...);
- h) nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico, la patologia con indicazione del codice ICD9;
- i) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia);
- j) se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- k) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società);
- l) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo;
- m) la data di avvenuto pagamento.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:





- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;

- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 250,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

#### 46. RECLAMI

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia di Assicurazione.

Il reclamo deve contenere il nome, cognome, codice fiscale e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)), telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

I reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo







ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

al sito Internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) – chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi a un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015. A tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto
- procedura di arbitrato, ove prevista
- procedura di commissione paritetica, ove prevista

#### **47. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI "PRIVACY"**

Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Enpav alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.





## ALLEGATO A

### ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate, purché rientranti nella medesima tipologia)

#### Tumori

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 necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

#### Neurochirurgia

• **Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale.** Ad esempio:

- a) craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- b) asportazione di neoplasie endocrine, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche;
- c) operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico;
- d) interventi di derivazione liquorale diretta o indiretta;
- e) operazioni per encefalo meningocele;
- f) lobotomia ed altri interventi di psichirurgia;
- g) talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
- h) interventi per epilessia focale;
- i) neurotomia retrograsseriana, sezione intracranica di altri nervi;
- j) emisferectomia;
- k) idrocefalo ipersecretivo;
- l) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- m) chirurgia translabyrinthica della vertigine.

• **Interventi di cranioplastica**

- a) inclusa la plastica per paralisi del nervo facciale;
- b) inclusa la correzione del naso a sella;
- c) inclusa la riduzione delle fratture mandibolari con osteosintesi.

• **Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale**

• **Asportazione tumori dell'orbita**

- a) per via endocranica

• **Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari).** Ad esempio:

- a) interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari; Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore



- **Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore**

- **Interventi sul plesso brachiale.** Ad esempio:

- a) vagotomia per via toracica;
- b) interventi associati sul simpatico cervicale e sui nervi splanchnici.

#### **Oculistica**

- **Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare** compresi:

- a) iridociclotrazione;
- b) trabeculectomia

- **Intervento di enucleazione del globo oculare**

#### **Otorinolaringoiatra**

- **Asportazione di tumori maligni del cavo orale.** Ad esempio:

- a) parotidectomia con conservazione del facciale
- b) asportazione della parotide per neoplasie maligne
- c) interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
- d) interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento gangliare.

- **Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)**

- **Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale).** Ad esempio:

- a) laringectomia orizzontale sopraglottica
- b) laringectomia parziale verticale
- c) laringectomia totale
- d) faringo-laringectomia

- **Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare.** Ad esempio:

- a) demolizione dell'osso frontale
- b) decompressione del nervo facciale
- c) decompressione del nervo facciale con innesto o raffia
- d) resezione del nervo petroso superficiale
- e) resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- f) resezione del mascellare superiore
- g) operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- h) frattura del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico
- h) frattura dei mascellari superiori: trattamento chirurgico ortopedico



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- **Ricostruzione della catena ossiculare.** Ad esempio:
  - a) chirurgia della sordità otosclerotica
- **Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico**
- **Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.** Ad esempio:
  - a) timpano plastica

### Chirurgia del collo

- **Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale**
- **Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia**

### Chirurgia dell'apparato respiratorio

- **Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici.** Ad esempio:
  - a) resezioni segmentarie e lobectomia
  - b) decorticazione polmonare
  - c) pleuro-pneumectomia
  - d) toracectomia
  - e) toracoplastica
- **Interventi per fistole bronchiali.**
- **Interventi per echinococchi polmonare**
- **Pneumectomia totale o parziale**
- **Interventi per cisti o tumori del mediastino.** Ad esempio:
  - a) asportazione del timo

### Chirurgia cardiovascolare

- **Interventi sul cuore per via toracotomica.** Ad esempio:
  - a) pericardiectomia
  - b) sutura del cuore per ferite
  - c) interventi per corpi estranei del cuore
  - d) interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
  - e) commissurotomia
  - f) valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
  - g) sostituzione valvolare con protesi
  - h) infartectomia in fase acuta
  - i) resezione aneurisma del ventricolo sinistro
  - j) by-pass aortocoronarico con vena





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- k) by-pass aortocoronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- l) impianto di arteria mammaria secondo Vineber singolo o doppio
- m) impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
- n) asportazione di tumori endocavitari del cuore

• **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica.** Ad esempio:

- a) operazione per embolia dell'arteria polmonare
- b) operazioni sull'aorta toracica

• **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica.** Ad esempio:

- a) disostruzione by-pass aorta addominale
- b) interventi per la stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- c) resezione arteriosa con plastica vasale

• **Enderectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale.** Ad esempio:

- a) interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima

• **Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario**

• **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi.** Ad esempio:

- a) interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco-brachiocefalico, iliache

• **Asportazione di tumore glomico carotideo**

**Chirurgia dell'apparato digerente**

• **Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago**

• **Interventi con esofagoplastica.** Ad esempio:

- a) resezione dell'esofago con esofagoplastica in un tempo
- b) interventi per diverticolo dell'esofago
- c) collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparotomica
- d) Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- e) operazioni sull'esofago per stenosi benigne per tumori resezioni parziali basali, alte o totali.

• **Intervento per mega-esofago**

• **Resezione gastrica totale**

• **Resezione gastro-digiunale.** Ad esempio:

- a) Resezione gastrica
- b) Resezione del tenue
- c) occlusione intestinale: di varia natura: resezione intestinale





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- d) resezione anche per ulcera peptica post-anastomica
- e) cardiomiectomia extramucosa

- **Intervento per fistola gastro-digiunocolica Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia).** Ad esempio:

- a) laparotomia per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- b) idem con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
- c) resezione ileo-cecale

- **Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)**

- **Interventi di amputazione del retto-ano.** Ad esempio:

- a) amputazione del retto per via sacrale
- b) amputazione del retto per via addominoperineale

- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale**

- **Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale**

- **Drenaggio di accesso epatico.** Ad esempio:

- a) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia - colecistoenterostomia)

- **Interventi per echinococcosi epatica**

- **Resezioni epatiche**

- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari.** Ad esempio:

- a) epatico e coledocotomia
- b) papillotomia per via trans-duodenale

- **Interventi chirurgici per ipertensione portale.** Ad esempio:

- a) anastomosi porta-cava e spleno-renale
- b) splenectomia
- c) anastomosi mesenterica-cava

- **Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica.** Ad esempio:

- a) interventi di necrosi acuta del pancreas
- b) interventi per fistole pancreatiche

- **Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomici.** Ad esempio:





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

a) interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione

• **Interventi per neoplasie pancreatiche** Ad esempio:

a) interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa o della coda

### Urologia

• **Nefroureterectomia radicale.** Ad esempio:

a) nefrectomia allargata per tumore

b) nefrectomia per tumore di Wilms

• **Surrenalectomia**

• **Interventi di cistectomia totale.** Ad esempio:

a) cistectomia totale con ureterosigmoidostomia

• **Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia.** Ad esempio:

a) interventi per fistola vescico-rettale

b) interventi per fistola vescico-intestinale

c) intervento per estrofia vescicale

d) cura chirurgica di fistola vescico-vaginale

e) cura chirurgica di fistola ureterale

f) ileocisto-plastica – colecisto plastica

• **Cistoprostatovesicolectomia**

• **Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale**

• **Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare**

### Ginecologia

• **Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia.** Ad esempio:

a) panisterectomia radicale per via addominale

b) panisterectomia radicale per via vaginale

c) eviscerazione pelvica

• **Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica, eventualmente comprensivo di:**

a) creazione operatoria di vagina artificiale

b) creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi

c) creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico

d) cura chirurgica di fistola retto-vaginale

e) metro plastica





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

- **Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.** Ad esempio:  
a) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- **Interventi per asportazione di tumori maligni del seno**

### Ortopedia e traumatologia

- **Interventi per costola cervicale**
- **Interventi di stabilizzazione vertebrale**
- **Interventi di resezione di corpi vertebrali**
- **Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni**
- **Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei**
- **Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio**
- **Interventi per la sostituzione della protesi dell'anca**

**Chirurgia pediatrica** (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- **Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).** Ad esempio:  
a) cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- **Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite.** Ad esempio:  
a) atresia dell'esofago  
b) fistola dell'esofago  
c) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale  
d) tresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale  
e) teratoma sacro-coccigeo  
f) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- **Correzione chirurgica di megauretere congenito**
- **Correzione chirurgica di megacolon congenito.** Ad esempio:  
a) megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale  
b) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson

### Trapianti di organo:







ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Tutti. Ad esempio:

- a) trapianto di cornea
- b) trapianto cuore e/o arterie
- c) trapianto organi degli apparati digerente, respiratorio, urinario





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## **ALLEGATO B ELENCO GRANDI EVENTI MORBOSI**

**Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**

- a) Ulcere torpide e decubiti
- b) Sovrainfezioni
- c) Infezioni urogenitali
- d) Ipertensione instabile
- e) Neuropatie
- f) Vasculopatie periferiche

**Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**

- a) Dispnea
- b) Edemi declivi e stasi polmonare
- c) Ipossiemia
- d) Alterazione equilibrio idro-salino
- e) Riacutizzazione-acuzio
- f) Aritmie

**Cardiopatía ischemica**

**Insufficienza cardiaca congestizia**

**Angina instabile**

**Aritmie gravi**

**Infarto e complicanze**

**Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:**

- a) Acuta
- b) Edema polmonare
- c) Cronica in trattamento riabilitativo
- d) Con ossigenoterapia domiciliare continuata
- e) Cronica riacutizzata
- f) Con ventilazione domiciliare

**Insufficienza renale acuta**





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

**Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale**

**Neoplasia 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**

**M. di Parkinson caratterizzato da:**

- riduzione attività motoria
- mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta

**Stato di Coma**

**Alzheimer**

**Embolia polmonare e successive patologie ad essa correlate**

**Setticemia**





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## SECONDA SEZIONE

### POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE GARANZIA PLUS

P a g . 52 | 68



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma  
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57  
sito web: [www.enpav.it](http://www.enpav.it) . e-mail: [enpav@enpav.it](mailto:enpav@enpav.it) - [enpav@pec.it](mailto:enpav@pec.it)  
Codice Fiscale 80082330582



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## **GARANZIA PLUS**

### **SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO**

#### **1. DEFINIZIONI**

Ai fini della Garanzia Plus valgono le definizioni sub art. 1 del Capitolato di Polizza Rimborso spese mediche – PIANO UNICO.

#### **2. SOGGETTI ASSICURATI**

L'Assicurazione è prestata a favore degli Associati (iscritti/pensionati/cancellati), dipendenti e componenti di Organi Enpav, nonché titolari di pensione indiretta e titolari di pensione di reversibilità, i quali hanno facoltà di aderire alla Garanzia Plus con costo a proprio carico. Qualora sia stata effettuata l'estensione al nucleo familiare della garanzia base prevista dal piano unico collettivo, la copertura potrà essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'Assicurato, al coniuge o al convivente "more uxorio" – fino all'età di 85 anni - ed ai figli conviventi. Si intendono inclusi nella definizione di nucleo familiare anche i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento ed i figli in affido, nonché i genitori conviventi fino all'età di 75 anni.

Nel caso di inserimento del nucleo familiare, l'estensione riguarderà tutti i componenti del nucleo stesso sempreché questi abbiano già aderito al Piano Unico.

#### **3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La presente copertura assicurativa opererà in caso di malattie e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e comunque per eventi e per tutte le prestazioni in genere non già coperti dal Piano Unico e, ferme restando le disposizioni di cui ai successivi articoli 20 e 23, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico reso necessario anche da parto e aborto;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Indennità a seguito di malattia o infortunio che determini interruzione totale dell'attività per un periodo non inferiore a 3 mesi

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato potrà rivolgersi con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali a:

- a Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società;
- b Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società;
- c Servizio Sanitario Nazionale.

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.





#### 4. RICOVERO

In caso di ricovero causato da infortunio viene sempre richiesta la prestazione di certificato di pronto soccorso.

##### 4.1 Ricovero in Istituto di Cura

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

###### a) Pre-ricovero

Esami, terapie, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

###### b) Intervento chirurgico

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

###### c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

###### d) Rette di degenza

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

###### e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità ospedaliera. L'indisponibilità all'accoglienza nella struttura deve essere attestata dalla struttura medesima.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.

###### f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

###### g) Post-ricovero

Esami terapie, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

##### 4.2 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.

##### 4.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio



Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1 “*Ricovero in Istituto di cura*” e 4.2 “*Trasporto sanitario*”, con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

#### **4.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1 “*Ricovero in Istituto di cura*”, lettera a) “*Pre-ricovero*”, b) “*Intervento chirurgico*”, c) “*Assistenza medica, medicinali e cure*”, g) “*Post-ricovero*” e 4.2 “*Trasporto sanitario*”, con il relativo limite in essi indicati.

#### **4.5 Parto e aborto**

##### **a) Parto cesareo**

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata, che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 4.1 “*Ricovero in Istituto di cura*” lett. b) “*Intervento chirurgico*”, c) “*Assistenza medica, medicinali, cure*”, d) “*Rette di degenza*”, e) “*Accompagnatore*”, g) “*Post-ricovero*”, e 4.2 “*Trasporto sanitario*”, con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 6.000,00** per anno assicurativo e per Assicurato (nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare), sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate, senza applicazione di franchigie o scoperti. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 4.2 “*Trasporto sanitario*”.

##### **b) Parto non cesareo e aborto terapeutico**

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 4.1 “*Ricovero in Istituto di cura*” lett. b) “*Intervento chirurgico*”, c) “*Assistenza medica, medicinali, cure*”, d) “*Rette di degenza*”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto, nei limiti previsti al punto 4.1 “*Ricovero in Istituto di cura*” lettera g) “*Post ricovero*”, e 4.2 “*Trasporto sanitario*”, con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno assicurativo e per Assicurato (nel caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il suddetto massimale è da intendersi per nucleo familiare), sia in Strutture convenzionate che in Strutture non convenzionate, senza applicazione di franchigie o scoperti. In questo caso, non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia 4.2 “*Trasporto sanitario*”.

#### **4.6 Indennità sostitutiva**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, per un periodo non superiore a **90 giorni** per ogni ricovero.



#### 4.7 Massimale assicurato

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 200.000,00 per Assicurato.

In caso di estensione della copertura al nucleo familiare, il massimale è da intendersi per nucleo familiare.

### 5. INDENNITA' A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO CHE DETERMINI INTERRUZIONE TOTALE DELL'ATTIVITA' PER UN PERIODO NON INFERIORE A 3 MESI

#### 5.1 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Qualora l'assicurato rimanga professionalmente inattivo per un periodo non inferiore a 3 mesi, avrà diritto alle indennità previste al punto 5.3.

È onere dell'assicurato dimostrare l'inattività tramite documentazione sanitaria (cartelle cliniche, certificati medici).

Le prestazioni previste possono essere erogate a condizione che:

- nei confronti dell'iscritto non sia stato assunto il provvedimento di sospensione dell'attività professionale;
- l'iscritto sia in regola col versamento dei contributi dovuti per la gestione invalidità vecchiaia e superstiti dell'Ente;
- in caso di decesso dell'iscritto, alla data della morte, sussistano tutti i requisiti suddetti.

#### 5.2 Termini di decadenza

La richiesta di indennizzo dovrà essere trasmessa alla Società entro 180 giorni, salvo comprovati impedimenti, dalla data dell'evento che ha determinato l'inattività.

#### 5.3 Massimali assicurati

Per un periodo di inattività fino a 6 mesi, la Società corrisponderà un'indennità una tantum pari a € 3.000

Per un periodo di inattività superiore a 6 mesi, la Società corrisponderà un'indennità una tantum pari a € 6.000

### 6. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN CASO DI RICOVERO

#### 6.1 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture sanitarie convenzionate nei limiti del 90% della spesa fino alla concorrenza del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

a) punto 4.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

b) punto 4.2 "Trasporto sanitario";

c) punto 4.5 "Parto e aborto",

che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati, senza applicazione di franchie e/o scoperti.

#### 6.2 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.







In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 15% e con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

- a) punto 4.1 "Ricovero in Istituto di cura":
    - lett. d) "Rette di degenza";
    - lett. e) "Accompagnatore";
    - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
  - b) punto 4.2 "Trasporto sanitario";
  - c) punto 4.5 "Parto e aborto",
- che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

### 6.3 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 4.6 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'art. 24.1 "Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società" o all'articolo 24.2 "Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

### 6.4 Regime misto (opzione migliorativa)

Qualora il convenzionamento con l'Assicuratore riguardi l'Istituto di Cura e non anche il personale medico, è previsto il pagamento diretto delle spese dell'Istituto di Cura mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene con le modalità ed i limiti previsti per le prestazioni in regime di Assistenza Indiretta.

Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi il personale sanitario e non anche l'Istituto di Cura, è previsto il pagamento diretto delle spese relative al personale medico mentre il rimborso delle spese dell'Istituto di Cura avviene secondo i limiti del regime di Assistenza Indiretta.

## 7. REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione entro 24h dalla data fissata per la prestazione, fornendo all'assicurato la possibilità di integrare eventuale documentazione mancante entro la data stessa e senza la necessità di richiedere una nuova prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.





Per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato una Centrale operativa con numero verde dedicato operativo dalle 8.00 alle 19.30.

## 8. GARANZIA ASSISTENZA ALL'ESTERO (opzione migliorativa)

In caso di infortunio o malattia che comportino la necessità di cure non procrastinabili durante un viaggio all'estero, di lavoro o di piacere, la Società garantisce i seguenti servizi:

✓ **Rimborso spese mediche:** come da garanzie previste in polizza, con possibilità di applicazione del regime di assistenza diretta se presenti strutture convenzionate con la Compagnia

✓ **Consulenza telefonica e pareri medici**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con il Call Center operativo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La Compagnia metterà a disposizione dell'Assicurato un Call Center con numero verde operativo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

- **Informazione ed orientamento medico telefonico.** Quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, il Call Center mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assicurato, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, il Call Center segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

- **Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione.** Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, il Call Center mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui il Call Center si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici del Call Center possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

✓ **Acquisto ed Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia),





la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. La compagnia si farà carico del costo dei medicinali fino al limite di € 100 per evento.

✓ **Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si farà carico delle spese di soggiorno nel limite di € 150,00 per evento.

✓ **Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora non sia possibile organizzare il servizio di rimpatrio entro 4 giorni dalla richiesta, la Società provvederà a rimborsare le spese entro il limite di € 10.000,00.

- ✓ **Spese di ricerca e salvataggio:** la Compagnia rimborserà le spese di ricerca e salvataggio dell'Assicurato fino al limite di € 10.000 per evento

## 9. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

### 9.1 Inclusioni/esclusioni per associati/dipendenti/componenti Organi Enpav alla data di decorrenza della copertura

Gli associati/dipendenti ENPAV/componenti organi Enpav alla data di decorrenza della copertura potranno aderire alla Garanzia Plus solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante le modalità condivise con la Società e pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza.





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

Qualora l'Associato/dipendente/rappresentante ministeriale abbia esteso la copertura prestata dal piano Unico al nucleo familiare, potrà optare per una delle due seguenti soluzioni relativamente alla Garanzia Plus:

- a) assicurare solamente se stesso;
- b) assicurare anche il nucleo familiare come incluso nel piano unico.

I familiari come indicati nelle "Definizioni" debbono essere inseriti contestualmente al titolare. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla prima scadenza annuale del contratto.

In caso di decesso dell'associato, del pensionato, del cancellato, del dipendente e del componente di Organo Enpav, gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia alla prima scadenza annuale del contratto.

## **9.2 Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia**

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di inclusione dell'associato/dipendente ENPAV/componente Organi Enpav sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura. Essa verrà effettuata mediante le modalità condivise con la Società. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia a condizione che questa venga comunicata entro 45 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario, decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, a condizione che sia stato pagato il relativo premio.

Il premio da corrispondere sarà pari al 100% del premio annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo, per i successivi 12 mesi verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

## **9.3 Inclusioni/esclusioni relative ai neo-iscritti/nuove assunzioni/nuove nomine di componenti di Organi Enpav**

Per poter aderire alla Garanzia Plus, il neo-iscritto/assunto/componente di Organi Enpav dovrà comunicare la propria adesione secondo le modalità condivise con la Società. In tal caso l'adesione deve avvenire entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell'iscrizione/assunzione/nomina da parte dell'Ente alla Società.





La copertura avrà effetto dalle ore 24.00 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione/assunzione/nomina viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre per l'attivazione dell'assistenza diretta sarà necessario aver provveduto al pagamento del premio.

Il premio da corrispondere sarà pari al 100% del premio annuo qualora la nuova inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

I figli ed il coniuge o convivente "more uxorio" dei neo-iscritti/dipendenti Enpav/componenti di Organi Enpav possono essere inseriti contestualmente al titolare, sempre che per il nucleo familiare sia stato acquistato anche il Piano Unico.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari, fatto salvo quanto specificato nel precedente punto 9.2.

Anche per questi familiari la copertura avrà effetto dalle ore 24 del primo giorno del mese in cui l'iscrizione viene comunicata dall'Ente alla Società nella sola forma rimborsuale, mentre per l'attivazione dell'assistenza diretta sarà necessario aver provveduto al pagamento del premio.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo, per i successivi 12 mesi verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

#### **9.4 Inclusioni/esclusioni relative ai pensionati/cancellati Enpav e all'eventuale nucleo familiare**

I pensionati, inclusi i titolari di pensione indiretta e di reversibilità ed i cancellati Enpav, potranno aderire alla Garanzia Plus, analogamente a quanto disposto per il Piano Unico, secondo modalità e tempi condivisi con la Società e pagamento del relativo premio.

Nel caso di decesso del pensionato o del cancellato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale della polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato non includa il proprio nucleo familiare secondo le modalità e i termini sopra indicati, non sarà possibile procedere al suo inserimento in copertura per tutta la durata della polizza (due anni + eventuale rinnovo di un anno). Nel caso in cui venga esercitata da ENPAV – e accettata dalla Compagnia - l'opzione di rinnovo, per i successivi 12 mesi verrà prevista una nuova finestra di ingresso di 60 giorni per le adesioni.

#### **10. ENTITA' DEI PREMI E MODALITA' DI PAGAMENTO**

I premi annui lordi per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

| <b>Età dell'iscritto /<br/>dipendente ENPAV /<br/>componente Organi<br/>ENPAV / pensionato /<br/>cancellato (*)</b> | <b>Costo single</b> | <b>Premio aggiuntivo<br/>per 1 familiare**</b> | <b>Premio aggiuntivo per ogni<br/>familiare successivo al<br/>primo</b> |
|---|---------------------|--|---|
|---|---------------------|--|---|



|                  |                           |                           |   |
|------------------|---------------------------|---------------------------|---|
| Fino a 35 anni   | Come da offerta economica | Come da offerta economica | Sconto 10% sul premio della fascia corrispondente<br><br>I FIGLI FINO A 15 ANNI VERRANNO INSERITI GRATUITAMENTE |
| Tra 36 e 45 anni | Come da offerta economica | Come da offerta economica |   |
| Tra 46 e 55 anni | Come da offerta economica | Come da offerta economica |   |
| Tra 56 e 70 anni | Come da offerta economica | Come da offerta economica |   |
| Tra 71 e 85 anni | Come da offerta economica | Come da offerta economica |   |

(\*) per gli Assicurati con data di nascita compresa tra il 1 gennaio e il 30 giugno verrà considerata come già compiuta l'età dell'anno di riferimento. Per gli altri Assicurati, verrà considerata come ancora da compiersi l'età dell'anno di riferimento

(\*\*) i familiari saranno ordinati per età decrescente (il primo familiare sarà quello di età più alta)

## SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI

### 11. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Si rimanda a quanto già disciplinato dall'art.29 del piano Unico.

### 12. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

### 13. ONERI FISCALI

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

### 14. FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

### 15. TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

### 16. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## 17. ALTRE ASSICURAZIONI

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

## 18. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

## 19. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto – ivi compreso il pagamento dei premi – dell'assistenza e della consulenza del Broker.

Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo – dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, anche per tramite del Broker. Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera – ai fini di quanto disposto dall'art. 1091 C.C. – come eseguito nei confronti della Società e deve, pertanto, intendersi liberatorio per il Contraente.

Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicare alla Società l'eventuale revoca, ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto.

## SEZIONE III- LIMITAZIONI

### 20. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

### 21. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio;

P a g . 63 | 68



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma  
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57  
sito web: [www.enpav.it](http://www.enpav.it) . e-mail: [enpav@enpav.it](mailto:enpav@enpav.it) - [enpav@pec.it](mailto:enpav@pec.it)  
Codice Fiscale 80082330582



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

## 22. OPERATIVITA' COPERTURA

Per tutti gli assicurati che alla data del 31/12/2021 risultassero già in copertura nella polizza in corso con Intesa San Paolo RBM Salute, la presente polizza opera senza soluzione di continuità per tutte le garanzie prestate.

## 23. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura di malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura della paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessari la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

## 24. PATOLOGIE PARTICOLARI

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all'atto di sottoscrizione della polizza:

- miopia
- cataratta
- varici
- emorroidi
- ricostruzione capsulo – legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati, ecc.)
- meniscectomia
- calcolosi renale ed epatica
- diabete
- insufficienza renale







ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA VETERINARI

- malattie a carico della tiroide
- ipertrofia prostatica
- ernie: tutti i tipi.

Per essi verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- indennizzabilità nel primo anno di sottoscrizione del contratto con riconoscimento di un importo forfetario di € 250,00 per ogni ricovero con intervento chirurgico relativo alle patologie sopra indicate; qualora il ricovero avvenga in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto 4.6 "Indennità sostitutiva" per un massimo di 3 giorni.
- Oltre tale termine temporale, i ricoveri con intervento chirurgico conseguenti alle patologie sopraindicate rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di polizza, sia nella forma di assistenza diretta, sia nella forma rimborsuale.

## 25. LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti/figli/dipendenti/componenti Organi Enpav.

Per i pensionati è previsto un limite di età di 85 anni.

Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di 85 anni.

Per i familiari è previsto un limite di età di 85 anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di 75 anni per i genitori conviventi.

Per le persone che raggiungano le età sopra indicate in corso d'anno, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

## SEZIONE IV-NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO

**Si applica quanto previsto all'articolo 42 e subordinati del Piano Unico**

### 26. RISOLUZIONE BONARIA DELLE CONTROVERSIE

Con cadenza mensile, rappresentanti del Contraente, della Società e del Broker si incontreranno presso la sede del Contraente, o in altro luogo concordato, per esaminare e valutare congiuntamente i casi che hanno portato a contenzioso, al fine di trovarne bonaria risoluzione, nonché ogni situazione relativa al contratto che necessiti di ulteriore valutazione

### 27. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Laddove non si raggiungesse accordo in occasione degli incontri mensili, eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

## **28 - REPORTISTICA**

La Società, su base trimestrale, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico condiviso con il Contraente, il dettaglio dei sinistri aggiornato così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società;
- b) la data di accadimento dell'evento;
- c) la tipologia di Assicurato (es. iscritto, pensionato, familiare...);
- d) sesso dell'Assicurato
- e) età dell'Assicurato
- f) la garanzia di polizza interessata;
- g) la tipologia di evento (es: ricovero per grande intervento chirurgico, visita, accertamento diagnostico, prevenzione...);
- h) nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico, la patologia con indicazione del codice ICD9;
- i) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia);
- j) se la prestazione sia stata in rete convenzionata, fuori rete convenzionata, in SSN;
- k) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società);
- l) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo;
- m) la data di avvenuto pagamento.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 250,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

## 29. RECLAMI

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia assicurativa.

Il reclamo deve contenere il nome, cognome, codice fiscale e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)), telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

I reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito Internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) – chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi a un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge n. 132/2014, convertito nella Legge n. 162/2014, in vigore dal 09.02.2015. A tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una





ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
E ASSISTENZA **VETERINARI**

convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto

- procedura di arbitrato, ove prevista
- procedura di commissione paritetica, ove prevista

### **30. CRITERI DI LIQUIDAZIONE**

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 45-30 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

### **31. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI PRIVACY**

Le parti convengono che i dati relativi agli iscritti, ai pensionati, ai cancellati, ai dipendenti e ai componenti Organi Enpav forniti dall'Ente medesimo alla Società verranno utilizzati ai soli fini della gestione del presente Piano sanitario nel rispetto della vigente normativa in materia di "privacy"; la Società garantisce pertanto di mantenere indenne il Contraente da eventuali danni conseguenti a un diverso utilizzo dei suddetti dati.

