

ISTRUZIONI PER NUOVE ISCRIZIONI E RINNOVO DELLA POLIZZA SANITARIA

Per ulteriori informazioni è possibile consultare:

ENPAM 06-48294829

polizzasanitaria@enpam.it

Società Previdenza Popolare

Solo per informazioni riguardo modalità di adesione

Dall'11/5/09 al 21/9/09 dal lunedì al venerdì

199168311

Le garanzie previste sono:

- 1) Interventi chirurgici in regime di ricovero compresi i day-hospital e gli interventi ambulatoriali in caso di malattia o infortunio
- 2) Gravi eventi morbosi che non comportano intervento chirurgico, considerati quelli presenti nell'allegata Tabella A
- 3) Cure oncologiche
- 4) Ricoveri per malattia che non necessita intervento chirurgico
- 5) Parto cesareo
- 6) Interventi per correzione di vizi di rifrazione
- 7) Trapianti a seguito di malattia o infortunio

DATA DI EFFETTO DELLE GARANZIE

Per chi si iscrive per la prima volta a partire dalle ore **00,01 del 1° giugno 2009**.

Per chi rinnova la polizza precedente a partire dalla data della prima iscrizione se vi è stata continuità di iscrizione sino al 31 maggio del 2009.

Per chi ha interrotto la continuità di iscrizione a partire dalla data del rinnovo o dell'ultimo rinnovo qualora vi siano state più interruzioni.

MODALITA' DI RINNOVO

Chi intende aderire per la prima volta o rinnovare la precedente adesione deve inviare il **"MODULO DI ADESIONE E AUTOCERTIFICAZIONE"** entro il 21 settembre 2009 a :
FONDAZIONE ENPAM Casella Postale 7216 00100 ROMA NONENTANO

Per quanto riguarda il singolo medico o la composizione del nucleo familiare barrare le caselle presenti nel modulo riportando correttamente nomi e posizioni nel nucleo.

Per i coniugi superstiti la loro posizione è quella equivalente al medico.

Il costo del premio da pagare per le singole posizioni si trova a fianco delle caselle da barrare.

Per il pagamento del premio si consiglia di pagare anche tramite banca effettuando un bonifico a favore della Fondazione Enpam Codice Iban IT 69 G 07601 03200 000096483946 Causale: Polizza Sanitaria 2009/2010 più Codice Enpam, oppure effettuare un bonifico on-line.

Per evitare ritardi dovuti a possibili disservizi postali.

L'inizio delle garanzie per chi effettua l'adesione e il pagamento entro la data del 21 settembre parte dalle ore 00,01 dell' 1 giugno 2009

PRESTAZIONI

Interventi chirurgici

Ricovero in strutture pubbliche, convenzionate e private

Assistenza diretta

L'assistenza diretta è fornita dalla Compagnia presso Ospedali, Cliniche, Istituti con i quali la Compagnia stessa ha una convenzione assumendosi, l'onere di liquidare direttamente i costi della prestazione.

Per informazioni sulle strutture convenzionate ci si potrà rivolgere al numero gratuito 800-016633

Per usufruire dell'assistenza diretta occorre consultare preventivamente la Centrale Operativa di UNISALUTE al numero gratuito (dall'Italia) 800-016633 ove verranno chiarite le documentazioni necessarie per ottenere la relativa impegnativa.

Si ricorda che verrà richiesta la sottoscrizione di una lettera che impegna l'assicurato alla restituzione delle somme versate dalla Compagnia all'istituto convenzionato, nel caso non risultasse verificato il diritto alla liquidazione ai fini delle norme contrattuali.

E' questo un impegno di contratto che consente di evitare inutili contenziosi, ed eventuali contestazioni sono demandate al parere vincolante della Commissione Paritetica.

Si raccomanda la tempestività delle richieste per evitare ritardi a risposte che potrebbero compromettere l'operatività dell'assistenza diretta.

In questi casi sono operanti le garanzie accessorie (esami pre-ricovero, trasporto. Accompagnatore ecc.)

Non vi è alcuna franchigia o scoperto salvo per trasporto sanitario per il quale vige il limite massimo di € 1.550.

Qualora la prestazione venga eseguita da personale sanitario non convenzionato, l'assistenza diretta non è operativa e la liquidazione delle spese sostenute viene fatta come assistenza indiretta.

Si ricorda che la Compagnia non rilascerà impegnative per assistenza diretta quando il caso presenterà il convincimento della preesistenza della malattia o dell'infortunio alla data di inizio delle garanzie di polizza.

Ricovero in struttura pubblica o convenzionata con il S.S.N.

In questi casi, nei quali non vi è alcun esborso da parte dell'assicurato si potrà richiedere la diaria sostitutiva prevista in € 200 per i primi 10 giorni e € 100 per ulteriori 20 giorni per un totale massimo di 30 giorni.

In caso di day hospital la diaria verrà corrisposta nella misura del 50 %.

La suddetta diaria è l'unica voce di liquidazione e non si possono richiedere altri rimborsi.

Ricovero in struttura non convenzionata

Per interventi riportati nell'elenco dell'art. 3.1.7. le cifre esposte si debbono considerare come limite massimo di rimborso comprensivo di tutte le spese sostenute e non come voce unica per tutti i tipi di intervento.

Per i ricoveri relativi a questo elenco non verrà applicata alcuna franchigia né alcun scoperto.

Per gli interventi ortopedici che richiedono protesi articolari applicate durante l'intervento verrà riconosciuto un rimborso aggiuntivo di € 4.500.

Per gli interventi non previsti nell'elenco citato verrà effettuato nel rimborso dovuto uno scoperto del 25 % con un minimo non indennizzabile di € 1.000.

Interventi ambulatoriali

Verranno riconosciute le spese occorse per farmaci, sala operatoria, onorari, ecc. nelle stesse modalità di quanto riconosciuto per interventi in ricovero.

In questi casi non può essere operativa alcuna indennità sostitutiva.

Grave Evento Morboso

Si intendono come grave evento morboso le patologie elencate nell'Allegato A.

Il diritto all'indennizzo è previsto dal riscontro di almeno tre sintomi che caratterizzano il complesso sintomatologico della patologia indennizzabile.

Le modalità di ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso ricalcano sostanzialmente quelle previste per ricoveri con intervento chirurgico (assistenza diretta ed indiretta)

Le garanzie previste sono:

- a) pre-ricovero: *accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero*
- b) assistenza medica, medicinali, cure
- c) rette di degenza
- f) accompagnatore *(costi a carico della Compagnia nel caso di assistenza diretta e di limite di € 100 per un massimo di 30 giorni in caso di assistenza indiretta)*

e) post ricovero: esami diagnostici, trattamenti medici e infermieristici, trattamenti fisioterapici, cure termali effettuati nei 60 giorni dopo il ricovero.

In caso di ricovero senza richiesta di rimborsi è prevista una diaria sostitutiva di € 100 per ogni giorno di pernottamento per un massimo di 30 giorni per ricovero.

CURE ONCOLOGICHE

Trattamento ospedaliero e ambulatoriale

Le garanzie sono:

Spese sostenute per chemioterapie terapie radianti in regime sia ospedaliero che ambulatoriale.

Se le cure vengono eseguite in strutture convenzionate con la Compagnia, questa provvederà al pagamento diretto e non verranno applicati scoperti e/o franchigie.

Ricorrendo a strutture non convenzionate vi sarà uno scoperto del 25 % e un minimo non indennizzabile di € 1.000.

Il massimale annuo per persona per questa garanzia è previsto in € 8.500.

PARTO CESAREO

Valgono modalità e garanzie come per interventi chirurgici con possibilità di assistenza diretta ed indiretta con il limite massimo di spesa rimborsabile per entrambe le posizioni di € 5.000

INTERVENTI PER CORREZIONE DI VIZI DI RIFRAZIONE

Per questi interventi valgono modalità e garanzie previste come per interventi chirurgici con possibilità di assistenza diretta ed indiretta con il limite massimo di spesa rimborsabile per entrambe le posizioni di € 4.000 .

Perché questa garanzia sia operativa si richiede che il differenziale fra i due occhi sia superiore alle 4 diottrie o che il difetto della capacità visiva di un occhio sia pari o superiore a 9 diottrie.

TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

Valgono modalità e garanzie come per interventi chirurgici con possibilità di assistenza diretta ed indiretta con il riconoscimento delle spese per terapie anti rigetto e in caso di donatore vivente le spese sostenute dallo stesso durante il ricovero per il prelievo dell'organo da impiantare.

**RICOVERI CONSEGUENTI A PATOLOGIE NON PASSIBILI DI INTERVENTO
CHIRURGICO O DI GRAVE EVENTO MORBOSO**

In caso di patologie che non richiedano intervento chirurgico o non configurino grave evento morboso verrà riconosciuta una indennità di € 65 per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Se dovute a seguito di patologia trattata con intervento chirurgico, verranno riconosciute con un limite massimo di € 2.000 con uno scoperto del 20 % e con un minimo non indennizzabile di € 50 per fattura

Massimale annuo per nucleo familiare € 400.000

Nessun limite di età per aderire o mantenere la polizza