

RINNOVO DELLA POLIZZA SANITARIA ENPAM ENTRO IL 31 MAGGIO 2008*

a cura del dr. Paolo Quarto

L'attuale polizza sanitaria ENPAM- Assicurazioni Generali sottoscritta nel 2007, ha durata biennale fino al 31 maggio 2009 ed è suddivisa in due annualità la prima delle quali, per chi vi ha aderito, scade con il **31 maggio 2008**. Per continuare ad avere la copertura assicurativa relativa alla seconda annualità dal 1° giugno 2008 al 31 maggio 2009, occorre che entro la scadenza, ciascun iscritto provveda al pagamento del relativo premio, attraverso il Bollettino MAV che l'ENPAM sta inviando a tutti i medici e pensionati già aderenti. Ciò vale anche per gli iscritti pensionati, non essendo prevista la possibilità di effettuare trattenute sulla pensione a tale titolo.

Il **premio** annuale, come per la precedente annualità, è fissato in **160 euro** per l'aderente singolo. In caso di estensione della polizza al nucleo familiare il costo è di **360 euro** se i componenti il nucleo sono due (compreso l'iscritto principale), e di **480 euro** se i componenti sono più di due. Nei casi quindi di rinnovo per l'annualità 2008/2009, non è richiesto alcuna ulteriore adempimento oltre il pagamento attraverso il MAV.

Nei casi invece in cui il medico o il pensionato non aveva aderito lo scorso anno alla polizza ed intende ora farlo per l'annualità giugno 2008/2009 oppure nei casi in cui si voglia o si debba modificare l'adesione già data, nel senso di estendere la polizza ai familiari o di ridurre l'estensione, è necessario aderire *ex novo* alla polizza, compilando e sottoscrivendo l'apposito modulo pubblicato sul giornale della Previdenza ENPAM, disponibile anche presso gli Ordini Medici oppure reperibile sul sito internet: www.ENPAM.it. In questi ultimi casi, in relazione alla soluzione prescelta (nuova adesione, adesione con un familiare, adesione con due o più familiari). La Fondazione ENPAM, ricevuto il modulo di iscrizione, invierà il MAV per consentire il pagamento del premio presso qualsiasi sportello bancario o ufficio postale.

Le caratteristiche principali della polizza ENPAM- Assicurazioni Generali

Le caratteristiche principali della polizza sanitaria sono le seguenti: copertura di qualsiasi intervento chirurgico con ricovero ospedaliero o in regime di day hospital o come intervento ambulatoriale; spese di ricovero o trattamento domiciliare dei gravi eventi morbosi (malattie) specificamente indicati nell'elenco allegato A della polizza; ogni terapia e cura per malattie oncologiche.

Per le spese relative ai gravi eventi morbosi (compresi nell'allegato A alla Polizza) il rimborso è subordinato alla condizione che dalla malattia sia derivata una invalidità permanente superiore al 66% della totale.

Chi può aderire.

Aderenti principali alla polizza sono i medici, gli odontoiatri iscritti agli Albi ed i pensionati ENPAM.

Nell'estensione al nucleo familiare, possono essere assicurati, il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi e fiscalmente a carico, anche se di età superiore a 26 anni. Il coniuge può essere assicurato anche se ha residenza diversa dal medico, (sempre che non sia in corso una separazione legale)

Il massimale di spese rimborsabili è pari a 700.000,00 euro per nucleo familiare. Le spese sanitarie sostenute verranno rimborsate con una franchigia del 25%. Tale scoperto, tuttavia, non potrà essere inferiore ad un minimo di 500 euro né potrà superare 5.200 euro.

La copertura assicurativa non ha limitazioni né di età né di territorio: l'aderente potrà scegliere l'ospedale, la casa di cura, la clinica che meglio preferisce in Italia o all'estero.

La polizza prevede la possibilità in caso di intervento chirurgico di chiedere il ricovero diretto in centri convenzionati con le stesse Assicurazioni Generali. Il ricovero in cliniche convenzionate direttamente con la Società (senza andare incontro a spese e quindi senza applicazione di franchigia) deve peraltro essere preventivamente approvato dalla Società stessa. I ricoveri diretti devono quindi essere prenotati preventivamente ed autorizzati(02/58240015)

I rimborsi

Al termine dell'intervento o del ricovero per le malattie ammesse (quelle dell'elenco A) si dovrà inviare, con raccomandata, al centro di liquidazione sinistri (GGL –gestione Sinistri Polizze ENPAM V. Castelfidardo 43/45 00185 Roma) la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, certificazioni ecc.) e la documentazione delle spese sostenute (fatture, ricevute ecc), che verranno rimborsate nel limite del massimale e tenendo conto delle franchigie indicate. Le spese per le malattie comprese nell'elenco allegato A sono rimborsabili a condizione che dall'evento morboso sia derivata invalidità permanente non inferiore al 66% della totale.

Nei casi in cui l'assicurato si avvale del Servizio Sanitario Nazionale e non presenta quindi documentazione di spesa, ha diritto ad una indennità sostitutiva giornaliera (150,00 euro) per i giorni di ricovero)

Se il rimborso delle spese avverrà con ritardo, saranno corrisposti gli interessi legali a partire dal 40° giorno dalla richiesta correttamente e completamente documentata.

Tra le esclusioni e le limitazioni alle garanzie assicurative, sono previsti naturalmente quegli interventi e quelle malattie derivanti da patologie diagnosticate e curate prima dell'inizio dell'assicurazione, oltre alle malattie mentali, agli interventi di chirurgia plastica, alle protesi e alle cure dentarie , all'agopuntura e alle medicine alternative.

In caso di contestazioni e di controversie sulla liquidabilità delle spese sanitarie o sulla interpretazione di clausole contrattuali, è prevista la possibilità di sottoporre la questione alle decisioni di una apposita Commissione Paritetica ENPAM - Assicurazioni Generali, ferma restando la facoltà per l'assicurato, in caso di insoddisfacente soluzione, di rivolgersi al Collegio Arbitrale da costituire tra le parti.

** consulente previdenziale dell'Ordine*