

Estratto di Contratto

Fra la Spettabile EMAPI - Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Via XX Settembre 26 - 00187 Roma
Codice Fiscale: 97269410581

Fra la Spettabile Poste Vita S.p.A.
Viale Europa 190 - 00144 Roma
CF: 07066630638
Partita IVA: 05927271006

Si stipula la seguente:

CONVENZIONE “Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani – (EMAPI)” Polizza collettiva per la non autosufficienza – LTC (LONG TERM CARE)

CONTRATTO NUMERO: **CL09**
EFFETTO: dalle ore 00.00 del 01.05.2025
SCADENZA CONTRATTO: alle ore 24.00 del 30.04.2028

SOMMARIO

DEFINIZIONI	3
CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE	4
Art. 1 Effetto e durata della Convenzione	4
Art. 2 Certificati di applicazione	4
Art. 3 Modifiche	4
Art. 4 Rinnovo dei Certificati	5
Art. 5 Oggetto della Convenzione	5
Art. 6 Effetto della copertura	5
Art. 7 Assicurati	5
Art. 8 Limiti di età	7
Art. 9 Termini di decadenza per le adesioni	7
Art.10 Adesione di nuove Casse e variazioni degli Assicurati in corso d'anno	7
Art.11 Pagamento e regolazione del premio	8
Art.12 Riscatto e riduzione	8
Art.13 Clausola risolutiva espressa	8
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	9
Art. 1 Assicurazione per conto altrui	9
Art. 2 Estensione territoriale	9
Art. 3 Oneri fiscali	9
Art. 4 Altre assicurazioni	9
Art. 5 Clausola broker	9
Art. 6 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari	9
Art. 7 Forma delle comunicazioni	9
Art. 8 Anagrafiche	9
Art. 9 Informazioni e dati relativi ai sinistri	10
Art.10 Commissioni	10
Art.11 Collegio arbitrale	11
Art.12 Foro competente	11
Art.13 Rinvio alle norme di legge	11
Art.14 Somma assicurata – Copertura Base Collettiva	11
Art.14.1 Premio – Copertura Base Collettiva	11
Art.15 Somma assicurata – Copertura supplementare Collettiva	12
Art. 15.1 Premio – Copertura Supplementare Collettiva	12
Art.16 Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale	13
Art. 16.1 Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale	13
Art.17 Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva familiare	14
Art. 17.1 Premio – Copertura Aggiuntiva Familiare	15
Art.18 Assistenza per i figli non autosufficienti	16
Art. 19 Somma assicurata – Copertura per i figli non autosufficienti	16
Art.19.1 Premio – Copertura per i figli non autosufficienti	16
Art.20 Definizione dello stato di non autosufficienza – LTC (Long Term Care)	16
Art.21 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)	17
Art.22 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società	17
Art.23 Fase d'istruttoria	18
Art.24 Erogazione delle prestazioni	19
Art.25 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	20
Art.26 Carenza	20
Art.27 Rischi esclusi	21
Art.28 Servizi di assistenza domiciliare	22
- Regolamento di funzionamento Commissione Paritetica (Allegato 1)	23

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Assicuratore o Società	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
Associata	La singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula, attraverso il Certificato di assicurazione, l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.
Certificato	Il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.
Contraente	Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito solamente EMAPI che stipula la presente Convenzione.
Convenzione	La disciplina che regola i rapporti tra EMAPI, le Associate e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione.
Difetto Fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Evento	Il verificarsi del sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Iscritto	Professionista iscritto alle Casse o Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI.
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.
Pensionato	Professionista pensionato in attività iscritto alle Casse o Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, ovvero fruitore di pensione diretta erogata dalla Cassa o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.
Polizza	Documento che prova l'assicurazione.
Premio	Somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Rischio	Probabilità che si verifichi un sinistro.
Sinistro	Il fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Somma assicurata Somma di denaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

Art. 1 – Effetto e durata della Convenzione

La presente Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata triennale a decorrere dalle ore 00:00 del 01/05/2025 alle ore 24:00 del 30/04/2028 senza facoltà di disdetta da parte delle Compagnia Assicuratrice e cesserà la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. È pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

Sarà facoltà di EMAPI proporre, entro sei mesi dalla scadenza, il prolungamento dei termini del presente affidamento di anno in anno e fino ad un periodo massimo di ulteriori 36 mesi. La proposta di secondo e terzo prolungamento dovrà essere formulata da EMAPI alla Società entro sei mesi dalla scadenza dell'annualità in corso; la Società avrà facoltà di rifiutare volta a volta la richiesta con atto di diniego che dovrà pervenire ad EMAPI entro 30 gg dalla data del ricevimento della richiesta.

E' facoltà di EMAPI, entro 60 gg dalla scadenza della convenzione, richiedere alla Società la proroga della stessa per un periodo strettamente necessario, per consentire il completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova Convenzione; in tal caso la Società sarà obbligata a prorogare la Convenzione, per il periodo richiesto e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, previo pagamento di un premio corrispondente a tanti dodicesimi del premio annuale di polizza quanti saranno i mesi della proroga richiesti da EMAPI.

È facoltà di EMAPI recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da ogni scadenza annuale intermedia, senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

La Convenzione opera, ad ogni effetto - per la validità delle coperture e le modalità di adesione collettiva ed individuale, comprese quelle già in essere -, senza soluzione di continuità con le Convenzioni per la non autosufficienza/LTC (LONG TERM CARE) stipulate precedentemente da EMAPI (l'ultima delle quali la num. 5002, e i relativi Certificati, stipulata da EMAPI con CNP Vita Assicura S.p.A. già Aviva Vita S.p.A.).

Art. 2 – Certificati di applicazione

L'adesione al presente programma da parte delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e da essa ammesse alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante Certificati di Assicurazione emessi dalla Società per ogni singola Cassa o Ente associato. I Certificati avranno scadenza uguale a quella della Convenzione e decorrenza definita dalla Contraente.

Tali Certificati costituiranno parte integrante della Convenzione e pertanto la relativa normativa ivi prevista deve essere considerata integralmente estesa alle Associate, assicurate per il tramite dei suddetti Certificati.

La Convenzione non vincolerà in alcun modo EMAPI, la quale non sarà tenuta a garantire l'adesione alla Convenzione stessa né delle singole Casse ed Enti aderenti ad EMAPI medesima, né degli iscritti alle predette singole Casse ed Enti.

La Società Assicuratrice, pertanto, dichiara espressamente di accettare tali prescrizioni, senza che da ciò possa scaturire eccezione alcuna ed anche diritto ad alcun compenso o indennizzo.

Art. 3 – Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli Certificati, se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa concordata dalla Società e dalla Contraente.

Art. 4 – Rinnovo dei Certificati

In mancanza di disdetta comunicata dagli Enti e Casse ad EMAPI, inviata via pec almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza dei singoli Certificati, questi sono prorogati per la durata di un anno, fermo restando il rinnovo della Convenzione alle medesime condizioni. Nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati alla prima scadenza utile.

In caso di disdetta dei singoli Certificati, EMAPI provvederà a darne comunicazione alla Società entro 70 giorni dalla scadenza annuale.

Art. 5 – Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione per l'erogazione di una rendita, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in stato di non autosufficienza come definito dall'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le garanzie di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Somma assicurata copertura Base Collettiva, (ed eventualmente Somma assicurata copertura Supplementare Collettiva) sono destinate all'adesione collettiva dei Professionisti iscritti e dei Pensionati delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, e alle altre categorie così come previsto dal successivo Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

È data la possibilità per ciascun Assicurato di ampliare, su base individuale e volontaria, la copertura prevista dall'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione, così come stabilito all'Art. 16 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Somma assicurata copertura Aggiuntiva Individuale.

È data la possibilità per ciascun Assicurato di attivare, su base individuale e volontaria, a favore del coniuge/partner unito civilmente non legalmente separato, ovvero del convivente more uxorio (indipendentemente dal genere), la copertura prevista dall'Art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazioni – Somma assicurata copertura Aggiuntiva Familiare.

Nel caso in cui un assicurato risulti iscritto alla presente Convenzione in forma collettiva sia ai sensi della lettera a), I comma dell'Art. 7 – Assicurati, sia ai sensi del punto 3), Il comma del medesimo articolo, e questi si trovi in uno stato di non autosufficienza, verrà riconosciuta solo la rendita di importo più elevato tra quelle garantite dalle due posizioni assicurative collettive fruite (essendo pertanto in questo caso escluso il cumulo tra le rendite come sopra individuate, eventualmente fruite dallo stesso assicurato).

Art. 6 - Effetto della copertura

L'assicurazione opera dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato con tutti gli effetti di cui all'art.1 ultimo comma delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive), in deroga all'art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 7 – Assicurati

Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono prestate:

- a) in forma collettiva, con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Professionisti iscritti e dei Pensionati delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva;

b) in forma individuale per gli iscritti volontari già aderenti alla copertura volontaria, assicurati con la Convenzione N. 5002 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con CNP Vita Assicura S.p.A. scaduta alle ore 24 del 30.04.2025 e per coloro che aderiranno in vigore della presente Convenzione.

Le Casse ed Enti che abbiano attivato le garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dei propri Professionisti iscritti e Pensionati così come previsto alla lettera a) del comma che precede, potranno richiedere di estendere la copertura, in forma collettiva e con le medesime modalità di cui al I comma, anche a una o più delle seguenti categorie:

- 1) Praticanti.
- 2) Dipendenti/consulenti (compresi quelli degli Ordini/Collegi professionali afferenti alle Casse ed Enti aderenti).
- 3) Coniugi/partner uniti civilmente non legalmente separato/divorziato ovvero i conviventi more uxorio (indipendentemente dal genere) dei professionisti per i quali sia stata attivata la copertura in forma collettiva ai sensi della lettera a), I comma del presente articolo.

In caso di mancato rinnovo delle garanzie per gli iscritti in forma collettiva, di cui alla lettera a), I comma del presente articolo, la Cassa ed Ente di Previdenza aderente ad EMAPI non potrà rinnovare l'estensione a favore delle categorie indicate ai punti 1), 2) e 3) che precedono.

È altresì prevista la possibilità di richiedere l'attivazione delle garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dei dipendenti, dei consulenti e dei componenti degli Organi Statutari di EMAPI.

In caso di pensionamento degli assicurati in forma collettiva, esclusi quelli indicati al punto 3, del II comma, indicati nel presente articolo, ovvero in caso di cessazione dell'adesione collettiva per i pensionati, è data la possibilità agli stessi di mantenere l'assicurazione alla presente Convenzione a titolo individuale, con onere a proprio carico, a condizione che non vi sia soluzione di continuità con l'adesione in forma collettiva. La cessazione della forma collettiva per il professionista comporta anche la cessazione della eventuale copertura in forma collettiva attivata dalla Cassa a favore del coniuge/partner unito civilmente/convivente more uxorio prevista ai sensi del punto 3), II comma del presente articolo.

Si specifica che, in caso di cessazione dell'adesione alla presente Convenzione della Cassa ed Ente di riferimento non sarà più possibile mantenere l'adesione a titolo individuale.

In caso di interruzione dell'erogazione della rendita a seguito del venire meno dello stato di non autosufficienza, così come previsto dall'Art. 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione, sarà possibile riattivare (sia a titolo collettivo, sia a titolo individuale) le garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dell'Assicurato. La riattivazione dovrà avvenire entro 90 giorni dalla data di comunicazione della cessazione dell'erogazione della rendita e sarà possibile solo ove la Cassa/Ente di Previdenza di riferimento dell'Assicurato stesso abbia in corso le garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dei propri Professionisti iscritti e Pensionati.

La riattivazione della copertura di cui al comma che precede si considera, a tutti gli effetti, in continuità con la precedente adesione dell'iscritto, a condizione che la Cassa/Ente di Previdenza di riferimento abbia rinnovato di anno in anno le garanzie previste dalla presente Convenzione a favore dei propri Professionisti iscritti e Pensionati. Qualora vi sia stata interruzione nei rinnovi annuali da parte della Cassa/Ente, verrà considerata come nuova data di decorrenza della copertura dell'Assicurato quella dell'ultima attivazione della copertura collettiva da parte della Cassa/Ente, in continuità con la data di riattivazione della posizione dell'Assicurato.

A parziale deroga di quanto indicato ai due commi che precedono, nel caso del coniuge/partner unito civilmente/convivente more uxorio per il quale sia stata estesa la copertura a titolo individuale (Art.17 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva familiare), la riattivazione della copertura a seguito del venire meno dello stato di non autosufficienza sarà possibile solo nel caso in cui l'Assicurato capo nucleo al quale spetta l'attivazione della copertura a favore del familiare, risulti egli stesso regolarmente in copertura al momento della suddetta riattivazione e non vi sia stata soluzione di continuità nell'adesione alla presente Convenzione del suddetto Assicurato capo nucleo.

Art. 8 – Limiti di età

L'assicurazione è valida per tutti gli Assicurati di cui all'Art. 7 che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione, non abbiano compiuto i 70 anni di età.

L'assicurazione è inoltre valida per tutti gli Assicurati di cui all'Art. 7 che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione abbiano già compiuto i 70 anni di età a condizione che gli stessi risultino già Assicurati con la Convenzione per non autosufficienza/LTC (LONG TERM CARE) attivata da EMAPI con CNP Vita Assicura S.p.A. n. 5002 (e relativi Certificati) e per i quali l'adesione sia stata rinnovata di anno in anno, dopo il compimento dei 70 anni, senza soluzione di continuità. Gli Assicurati potranno rimanere in copertura sino alla scadenza della presente Convenzione a condizione che di anno in anno la loro adesione sia stata rinnovata senza soluzione di continuità.

Le Casse ed Enti di Previdenza iscritti ad EMAPI possono richiedere l'elevazione del limite di età di cui al I comma del presente articolo, garantendo l'assicurazione per tutti gli Assicurati collettivi di cui all'Art. 7 che non abbiano compiuto i 75 anni di età; in questo caso la Cassa/Ente potrà chiedere l'attivazione a favore degli Assicurati iscritti per la prima volta dopo il compimento dei 70 anni di età (ovvero re-isritti dopo i 70 anni non in continuità di adesione con la precedente iscrizione) delle medesime Somme assicurate garantite agli iscritti di cui al primo comma del presente articolo, ovvero della sola Somma assicurata Base di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il limite di età di cui al I comma del presente articolo si intende valido anche per il coniuge/partner unito civilmente/convivente more uxorio (indipendentemente dal genere) per il quale venga attivata la specifica copertura individuale di cui all'Art.17 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva familiare; solo per l'annualità 2025/2026 (dal 01/05/2025 al 30/04/2026) il suddetto limite di età è elevato a 75 anni (non compiuti).

Art. 9 – Termini di decadenza per le adesioni

Per le adesioni in forma collettiva le Associate avranno 90 giorni di tempo, dall'esplicita adesione alla Convenzione, per la trasmissione delle anagrafiche alla Contraente che avrà, a sua volta, 60 giorni per trasferirle alla Società.

Art. 10 – Adesione di nuove Casse e variazione degli Assicurati in corso d'anno

- **Adesione di nuove Casse/Enti in corso d'anno.**

Gli Enti o Casse aderenti ad EMAPI possono consentire l'inclusione in garanzia, in corso d'anno assicurativo, dei possibili Assicurati di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate il premio verrà conteggiato in "/12" (dodicesimi)".

- **Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.**

Possono essere, altresì, assicurati i soggetti di cui all'Art. 7 che si iscriveranno alle rispettive Casse nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione alla Cassa o Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui all'Art. 11 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 50% dell'intero premio annuo.

- **Esclusione di iscritti in corso d'anno**

Il venir meno dei requisiti di cui all'Art.7, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Art. 11 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuale è versato dalle Associate tramite EMAPI in una unica rata annuale così come previsto al precedente articolo 6. All'inizio di ciascuna annualità EMAPI comunicherà alla Società, per ciascuna Cassa/Ente, il numero degli Assicurati e la/e copertura/e collettiva/e attivata/e, sulla base dei quali verrà calcolato il premio da versare ed emessi i relativi documenti contabili.

Nel caso in cui le anagrafiche trasmesse ai sensi del precedente Art. 9 dovessero contenere un numero di iscritti superiore del 20% rispetto a quelli precedentemente indicati, si procederà ad una regolazione del premio entro i 60 giorni successivi (in caso contrario si procederà in sede di regolazione annuale).

Le regolazioni avverranno su base annuale. Il Contraente è obbligato a comunicare alla Società entro 90 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo annuo i dati necessari alla regolazione. Il pagamento delle differenze attive risultanti deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data del conto di regolazione emesso dalla Società. Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno.

I premi devono essere pagati alla Società tramite EMAPI.

Art. 12 – Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede il riscatto e la riduzione delle prestazioni; pertanto, in caso di mancato pagamento dei premi, il contratto si risolve e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

Art. 13 – Clausola risolutiva espressa

La presente Convenzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di EMAPI di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto abusivo;
2. cessione del contratto, anche parziale;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R. o posta elettronica certificata in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

Roma, 30 aprile 2025

**EMAPI – Ente di Mutua Assistenza
Per i Professionisti Italiani**

Il Presidente

Poste Vita S.p.A.

Il Legale Rappresentante

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Assicurazione per conto Altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Associata e, laddove specificato, dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

Art. 3 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associata.

Art. 4 – Altre assicurazioni

L'Associata è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

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

Art. 5 – Clausola broker

EMAPI dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza all'ATI AON-ITAL BROKERS, matricola RUI B000117871 ai sensi del contratto sottoscritto in data 27.04.2021 a seguito della gara pubblica CIG 84973456EB.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

In deroga all'art. 1901 c.c. e a quanto stabilito all'art. 11 delle Condizioni Generali di Convenzione, la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e che tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Il Broker in questione verrà remunerato secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di Assicurazione.

Art. 6– Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Compagnia delegataria e/o le Compagnie coassicuratrici, fornitrice/i del servizio assicurativo assume/mono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art 3 legge 136/2010 e successive modifiche.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con posta elettronica oppure posta elettronica certificata.

Art. 8 – Anagrafiche

EMAPI si impegna a trasmettere alla Società l'elenco degli Assicurati e l'aggiornamento nel corso dell'anno dei dati, forniti dalle rispettive Casse ed Enti, tramite tracciato record.

Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione della Cassa/Ente aderente ad EMAPI, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.

Art. 9 – Informazioni e dati relativi ai sinistri

La Società si impegna a fornire ad EMAPI ogni informazione utile e documentazione inerente i sinistri, compresa la relativa documentazione medica e sanitaria; la Società si impegna infine, per il tramite della propria struttura organizzativa e del proprio personale localizzati in Italia, a fornire ad EMAPI ogni assistenza utile in merito ai sinistri.

La Società si impegna a comunicare con cadenza bisettimanale ad EMAPI le informazioni inerenti le denunce di sinistro gestite (compresi eventuali seguiti) e le liquidazioni operate nelle due settimane precedenti. Verranno forniti tramite supporto elettronico concordato con EMAPI i seguenti dati:

- numero sinistro;
- dati anagrafici e n. matricola degli iscritti alle Casse;
- data denuncia e tempistiche di gestione dei sinistri (es: data ricezione fascicolo, data richiesta documentazione, chiamata a visita, data visita);
- date liquidazioni (primo pagamento e pagamenti successivi);
- importo liquidazioni;
- motivazioni di liquidazione (numero e tipologia di ADL perse, perdita delle capacità cognitive e causa della perdita);
- data reiezione;
- motivazione specifica e dettagliata della reiezione (con l'ulteriore indicazione del numero e tipologia ADL perse, del numero e tipologia ADL non perse, della data di prima diagnosi della patologia che ha determinato la perdita delle capacità cognitive).

La Società si impegna a comunicare trimestralmente ad EMAPI, attraverso supporto elettronico concordato con EMAPI, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo) riepilogative dei sinistri aperti, liquidati/riservati e rigettati.

La Società si impegna a fornire i suddetti dati, compresi gli aggiornamenti degli stessi, sino a cinque anni oltre la data di cessazione della Convenzione, con cadenza quadrimestrale, e comunque sino a quando permanga l'erogazione di rendite a favore degli iscritti.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale.

Art. 10 – Commissioni

A. Commissione Medica

L'analisi degli aspetti medici e sanitari collegati alla gestione operativa del contratto, con particolare riferimento alla gestione dei sinistri complessi, è demandata ad una apposita Commissione Medica permanente.

Alla stessa Commissione è demandata l'analisi preliminare delle questioni di carattere medico-scientifico che dovessero presentarsi nel periodo di gestione del contratto, analisi che potrà essere poi utilizzata da EMAPI e dalla Società per successive valutazioni, sia in merito a possibili modifiche/implementazioni contrattuali, sia nell'ambito della gestione e risoluzione di controversie relative ai sinistri.

La Commissione è composta da due medici nominati, all'inizio di ciascuna annualità, uno da EMAPI e uno dalla Società; in caso di revoca dell'incarico, la parte ne dà immediata comunicazione all'altra ed entro 30 giorni dalla revoca provvede alla nomina di un nuovo medico fiduciario (dandone comunicazione all'altra parte).

EMAPI e la Compagnia potranno attivare la Commissione ogni volta che lo riterranno opportuno; le modalità di riunione e funzionamento delle riunioni sono libere e concordate da parte dei medici fiduciari, fermo restando che per ogni singolo caso i medici provvederanno all'elaborazione di un parere scritto - auspicabilmente congiunto - che dovrà essere trasmesso alle parti (EMAPI e Compagnia).

B. Commissione Paritetica

La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica permanente composta da quattro membri designati due da EMAPI e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti anche con riferimento alla corretta gestione dei sinistri, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

La Commissione è convocata da EMAPI anche su richiesta della Società e le modalità di funzionamento sono quelle descritte nell'Allegato 1 che si intende parte integrante del presente contratto.

Art. 11 – Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'Art. 10, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri/medici, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo, il terzo membro/medico è scelto dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma o, ove nella controversia fosse parte l'Assicurato, dal Presidente dell'Ordine dei Medici della città di residenza o domicilio di quest'ultimo.

L'arbitrato avrà sede in Roma o, ove fosse parte della controversia l'Assicurato, nella città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla città di residenza o domicilio di quest'ultimo. Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 12 – Foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato. Per le controversie tra la Società ed EMAPI il foro competente è quello di Roma.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 - Somma assicurata – Copertura Base Collettiva

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" è pari a € 1.350,00 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

Art. 14.1 - Premio – Copertura Base Collettiva

Il premio annuo per ciascun Assicurato in forma collettiva, comprensivo di oneri fiscali, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 14, viene fissato con onere a carico del singolo Ente per tutti gli iscritti che siano entrati in copertura per la prima volta con una età inferiore a 70 anni e per i quali l'Ente di appartenenza abbia rinnovato l'adesione di anno in anno.

Qualora la Cassa/Ente di Previdenza iscritto ad EMAPI abbia richiesto l'elevazione del limite di età, così come previsto all'ultimo comma dell'art. 8 della Condizioni Generali di Convenzione, il premio annuo per ciascun Assicurato in forma collettiva, entrato in copertura dopo il compimento dei 70 anni, comprensivo di oneri fiscali, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 14, viene fissato con onere a carico del singolo Ente.

A parziale deroga di quanto indicato nei commi che precedono, in caso di attivazione della copertura in forma collettiva a favore del coniuge/partner unito civilmente/convivente more uxorio di cui all'art.7, delle Condizioni Generali di

Convenzione, secondo comma, punto 3), gli ulteriori premi per ciascun assicurato di cui all'art.7 primo comma lettera a), secondo comma punti 1) e 2), e quarto comma, sono stabiliti con onere a carico del singolo Ente.

In caso di prosecuzione volontaria individuale, prevista dal I comma lettera b) dell'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione, il contributo annuo per ciascun Assicurato, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 14, viene fissato in € 336,50.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, dal versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art.15– Somma assicurata – Copertura Supplementare Collettiva

È data la possibilità alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva, di incrementare la somma assicurata di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione che precede a favore degli Assicurati di cui all'Art.7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

La somma mensile garantita ai sensi del presente articolo nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" viene stabilito in € 675,00. La somma assicurata – non indicizzata - verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

A parziale deroga di quanto indicato al primo comma del presente articolo, nel caso in cui la Cassa ed Ente di Previdenza aderente ad EMAPI abbia attivato la copertura collettiva anche a favore dei soggetti indicati al II comma dell'Art. 7 - Assicurati - delle Condizioni Generali di Convenzione, la medesima Cassa /Ente potrà anche decidere di limitare l'attivazione della copertura prevista dal presente articolo o solo assicurati di cui al punto 1), I comma del medesimo dell'Art.7, o, sempre in aggiunta a questi, a una o più categorie tra quelle previste dal II comma del medesimo Art. 7.

Art. 15.1 - Premio – Copertura Supplementare Collettiva

Il premio annuo per ciascun Assicurato in forma collettiva, comprensivo di oneri fiscali, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 15, si intende valido per tutti gli iscritti che siano entrati in copertura per la prima volta con una età inferiore a 70 anni e per i quali l'Ente di appartenenza abbia rinnovato l'adesione di anno in anno e viene fissato con onere a carico del singolo Ente.

Qualora la Cassa/Ente di Previdenza iscritto ad EMAPI abbia richiesto l'elevazione del limite di età, così come previsto all'ultimo comma dell'art. 8 della Condizioni Generali di Convenzione, il premio annuo per ciascun Assicurato in forma collettiva, entrato in copertura dopo il compimento dei 70 anni, comprensivo di oneri fiscali, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 15, viene fissato con onere a carico del singolo Ente

A parziale deroga di quanto indicato nei commi che precedono, in caso di attivazione della copertura in forma collettiva a favore del coniuge/partner unito civilmente/convivente more uxorio di cui all'art.7, secondo comma, punto 3), i premi aggiuntivi dovuti sono stabiliti con onere a carico del singolo Ente.

In caso di prosecuzione volontaria individuale, prevista dall'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione, i contributi annui per ciascun Assicurato, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 15, vengono fissati in € 179,50.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, dal versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art.16 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale

E' data la possibilità agli Assicurati di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione, con esclusione dei coniugi/partner uniti civilmente/convivente more uxorio di cui al punto 3), Il comma, del medesimo articolo, che già aderiscono alla Copertura Base (ed eventualmente anche alla Copertura Supplementare) di incrementare, a titolo individuale e volontario e con onere aggiuntivo a proprio carico, la somma assicurata di cui all'Art.14 (ed eventualmente la somma assicurata di cui all'Art. 15) delle Condizioni Generali di Assicurazione che precede. Qualora, per qualsiasi causa, l'Assicurato non fruisca dell'adesione alla Copertura Base di cui agli Artt. 14 e 14.1 che precedono, non sarà possibile per lo stesso attivare e/o mantenere la Copertura Aggiuntiva Individuale prevista dal presente articolo.

Ciascun assicurato potrà scegliere la somma assicurata aggiuntiva tra due opzioni – alternative tra loro - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base.

In particolare, le somme mensili – alternative tra loro - garantite ai sensi del presente articolo nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC " sono:

OPZIONE 1: € 400 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

OPZIONE 2. € 650 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

L'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale è subordinata alla compilazione di un questionario sanitario (Allegato 2A) alla presente Convenzione (che ne fa parte integrante) da parte degli interessati; in caso di risposta negativa (NO) a tutte le domande la richiesta di adesione si considera accettata; in presenza invece di almeno una risposta positiva (SI) la domanda di adesione deve intendersi rifiutata.

L'adesione alla Copertura Aggiuntiva Individuale con la scelta dell'opzione dovrà avvenire entro 60 giorni dall'inizio di ciascuna annualità assicurativa ad eccezione delle adesioni in corso d'anno così come previste dall'Art.10 delle Condizioni Generali di Convenzione, I e II punto, per le quali è previsto un termine di 60 giorni dall'adesione stessa.

In caso di rinnovo annuale dell'adesione senza soluzione di continuità rispetto a quella dell'annualità precedente, l'Assicurato non sarà tenuto alla compilazione di un nuovo questionario (Allegato 2A) facendo fede il questionario compilato al momento della prima adesione. In caso di soluzione di continuità o di variazione di opzione, dall'opzione 1 all'opzione 2, sarà necessaria la compilazione di un nuovo questionario sanitario (Allegato 2A) così come previsto al IV comma del presente articolo.

L'OPZIONE 1 (somma mensile € 400) e l'OPZIONE 2 (somma mensile € 650) della Copertura Aggiuntiva Individuale, previste dalla presente Convenzione sostituiscono e si considerano, a tutti gli effetti, rispettivamente l'OPZIONE 1 (somma mensile € 360) e l'OPZIONE 2 (somma mensile € 600) della Copertura Aggiuntiva Individuale previste dalla precedente Convenzione per la non autosufficienza/LTC (LONG TERM CARE) stipulata da EMAPI con CNP Vita Assicura S.p.A. (num. 5002, e i relativi Certificati).

Art. 16.1 - Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale

I contributi annui per ciascun Assicurato, determinati in funzione dell'età dell'Assicurato stesso, individuata in base agli anni compiuti al momento dell'adesione in ciascuna annualità assicurativa, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alle somme assicurate di cui all'Art. 16, vengono fissati in:

OPZIONE 1 (somma mensile non indicizzata € 400) contributi:

fino a 22 anni € 82,00

da 23 a 25 anni € 86,50

da 26 a 28 anni € 92,50

da 29 a 31 anni € 99,50

da 32 a 34 anni € 106,00

da 35 a 37 anni	€ 115,00
da 38 a 40 anni	€ 124,00
da 41 a 43 anni	€ 136,00
da 44 a 46 anni	€ 148,00
da 47 a 49 anni	€ 163,00
da 50 a 52 anni	€ 181,00
da 53 a 55 anni	€ 202,00
da 56 a 58 anni	€ 228,00
da 59 a 61 anni	€ 259,00
da 62 a 64 anni	€ 297,00
da 65 a 67 anni	€ 343,00
da 68 a 69 anni	€ 418,00
da 70 anni	€ 473,00

OPZIONE 2 (somma mensile non indicizzata € 650) contributi:

fino a 22 anni	€ 126,50
da 23 a 25 anni	€ 134,50
da 26 a 28 anni	€ 144,50
da 29 a 31 anni	€ 154,00
da 32 a 34 anni	€ 166,00
da 35 a 37 anni	€ 180,00
da 38 a 40 anni	€ 196,00
da 41 a 43 anni	€ 214,00
da 44 a 46 anni	€ 235,00
da 47 a 49 anni	€ 259,00
da 50 a 52 anni	€ 287,00
da 53 a 55 anni	€ 322,00
da 56 a 58 anni	€ 364,00
da 59 a 61 anni	€ 414,00
da 62 a 64 anni	€ 476,00
da 65 a 67 anni	€ 553,00
da 68 a 69 anni	€ 646,00
da 70 anni	€ 762,00

In caso di adesione in corso d'anno così come previsto dal penultimo comma dell'Art.16 della Condizioni Generali di Assicurazione, i premi di cui sopra saranno dovuti interamente in caso di adesione nel corso del I semestre dell'annualità assicurativa e ridotti del 50% in caso di adesione nel corso del II semestre dell'annualità assicurativa.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, al versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art.17 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva familiare

È data la possibilità agli Assicurati di cui al I comma, ai punti 1) e 2) del II comma ed al IV comma dell'articolo 7 delle Condizioni Generali di Convenzione di attivare, a titolo individuale e volontario e con onere aggiuntivo a proprio carico, la copertura prevista dalla presente Convenzione a favore del coniuge/partner unito civilmente non legalmente separato/divorziato, ovvero del convivente more uxorio (indipendentemente dal genere).

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato (coniuge/partner unito civilmente non legalmente separato/divorziato, ovvero convivente more uxorio indipendentemente dal genere, per il quale sia stata richiesta l'attivazione della presente copertura ai sensi del comma che precede) si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", è pari ad € 1.300,00. La somma assicurata - non indicizzata - verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

L'adesione alla Copertura Aggiuntiva Familiare è subordinata alla compilazione di un questionario sanitario (Allegato 2B) alla presente Convenzione (che ne fa parte integrante) da parte degli interessati; in caso di risposta negativa (NO) a tutte le domande la richiesta di adesione si considera accettata, in presenza invece di almeno una risposta positiva (SI) la domanda di adesione deve intendersi rifiutata.

L'attivazione della Copertura Aggiuntiva Familiare dovrà avvenire entro 60 giorni dall'inizio di ciascuna annualità assicurativa ad eccezione delle adesioni in corso d'anno così come previste dall'Art.10 delle Condizioni Generali di Convenzione, I e II punto, per le quali è previsto un termine di 60 giorni dall'adesione stessa.

In caso di rinnovo annuale dell'adesione senza soluzione di continuità rispetto a quella dell'annualità precedente, l'Assicurato non sarà tenuto alla compilazione di un nuovo questionario (Allegato 2B) facendo fede il questionario compilato al momento della prima adesione. In caso di soluzione di continuità sarà necessaria la compilazione di un nuovo questionario sanitario (Allegato 2B) così come previsto al III comma del presente articolo.

Art. 17.1 - Premio – Copertura Aggiuntiva Familiare

I contributi annui per ciascun Assicurato, determinati in funzione dell'età dell'Assicurato stesso, individuata in base agli anni compiuti al momento dell'adesione in ciascuna annualità assicurativa, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alle somme assicurate di cui all'Art. 17, vengono fissati in:

fino a 22 anni	€ 219,50
da 23 a 25 anni	€ 234,50
da 26 a 28 anni	€ 252,00
da 29 a 31 anni	€ 269,50
da 32 a 34 anni	€ 291,00
da 35 a 37 anni	€ 315,50
da 38 a 40 anni	€ 343,50
da 41 a 43 anni	€ 376,00
da 44 a 46 anni	€ 414,00
da 47 a 49 anni	€ 458,50
da 50 a 52 anni	€ 508,50
da 53 a 55 anni	€ 572,00
da 56 a 58 anni	€ 646,00
da 59 a 61 anni	€ 736,50
da 62 a 64 anni	€ 848,50
da 65 a 67 anni	€ 986,50
da 68 a 69 anni	€ 1.154,50
da 70 anni	€ 1.363,00

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, dal versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art. 18. Assistenza per i figli non autosufficienti

È riconosciuta una specifica somma assicurata per il figlio di Assicurati, di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione, nato successivamente alla data di decorrenza della presente Convenzione (01.05.2025), che si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC".

A parziale deroga di quanto indicato al I comma, per i figli di età inferiore a 6 anni, lo stato di non autosufficienza non sarà valutato sulla base di quanto previsto al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", bensì sarà considerato in uno stato di non autosufficienza il bambino che presenti l'impossibilità, presumibilmente permanente, a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età a seguito di uno stato patologico riconosciuto derivante da infortunio e/o malattia.

Per il riconoscimento della specifica somma assicurata per il figlio non autosufficiente è, altresì, necessario che l'Assicurato-genitore risulti in copertura, senza soluzione di continuità, ai sensi della presente Convenzione sia al momento della nascita del figlio e sia al momento del verificarsi dello stato di non autosufficienza di quest'ultimo.

Art. 19. Somma assicurata – Copertura per i figli non autosufficienti

La somma mensile garantita al figlio dell'Assicurato che si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", ovvero se di età inferiore ai 6 anni che si trovi nelle condizioni indicate al II comma dell'Art. 18 che precede, è pari a € 675,00 e verrà garantita al figlio dell'Assicurato per un periodo massimo di 5 anni (60 mesi), sempreché permanga lo stato di non autosufficienza.

Ai sensi del I comma, per figlio si intende, oltre al figlio legittimo ed a quello naturale anche il figlio adottato ovvero in affidamento familiare e/o preadottivo; per il figlio adottato/in affido, fermo restando che questo dovrà essere nato dopo la data di decorrenza della presente Convenzione (01.05.2025), lo stato di non autosufficienza dovrà verificarsi successivamente alla data di adozione/affidamento.

Art. 19.1 Premio – Copertura per i figli non autosufficienti

Non è previsto alcun premio aggiuntivo relativamente alla Copertura di cui agli Artt. 18 e 19 che precedono.

Art. 20 - Definizione dello stato di non autosufficienza/ LTC (Long Term Care)

Ai sensi della presente Convenzione, è considerato in stato di non autosufficienza/LTC (Long Term Care) l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate all'Art.21, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Artt. 22 e 23.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'Assicurato necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 21, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica (ad esempio: il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti) o che sia stato colpito da infortunio, che abbiano determinato la perdita delle capacità cognitive.

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive;
- la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

Art. 21 – Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

1. **lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. **vestirsi, svestirsi:** la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. **nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. **andare in bagno:** la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
5. **muoversi:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. **spostarsi:** la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Art. 22 - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Non appena si presuma siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", o in ogni caso quando ve ne sia la possibilità, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere i seguenti moduli:

- lettera di accompagnamento denuncia perdita autosufficienza (allegato 3);
- richiesta di riconoscimento della perdita di autosufficienza (allegato 4);
- relazione medica sullo stato di non autosufficienza presumibilmente permanente (allegato 5);
- relazione medica sulle attività ordinarie della vita quotidiana (allegato 6);
- autorizzazione al trattamento dei dati personali per EMAPI e per la Società Assicuratrice, firmati dall'iscritto o dall'amministratore di sostegno o, in caso di mancata nomina, da parte di un familiare anche trasmettendo lo stato di famiglia;
- documentazione medica e sanitaria a supporto già indicata nella compilazione dei documenti che precedono, dalla quale sia comprovato lo stato di non autosufficienza, il periodo di sopravvenienza e le cause della stessa.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata ad EMAPI che a propria volta provvederà a trasmetterla alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato in modo definitivo con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempreché il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure
- 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.

Art.23 - Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società così come previsto dall'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- Entro 20 giorni dal ricevimento del fascicolo di richiesta di apertura del sinistro da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Società richiede all'Assicurato - ed in copia ad EMAPI - l'invio dei documenti mancanti/non debitamente compilati tra quelli di cui al II comma dell'Art. 22 e richiede ulteriore documentazione medica e sanitaria ove necessaria.
- Entro 45 giorni dal ricevimento del fascicolo e della documentazione medica esaustiva la Società si impegna a dare riscontro all'Assicurato - ed in copia ad EMAPI - in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza ovvero, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita. In caso di mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza la Società nella propria comunicazione indicherà in modo chiaro ed esaustivo le

motivazioni del proprio giudizio (specificando ad esempio, le cause di esclusione applicate, le ADL perse e non perse, la data di prima diagnosi della patologia cognitiva).

- Qualora la Società ritenga necessario sottoporre a visita l'Assicurato, congiuntamente al riscontro di cui sopra, o al massimo nei 15 giorni successivi, questa dovrà comunicare il nominativo del proprio fiduciario ed i recapiti dello stesso; lo studio presso il quale si terrà la visita sarà in Italia. Rimane fermo che ove venga richiesto dall'Assicurato o dal tutore di questi, la visita verrà effettuata presso il domicilio dell'Assicurato o, ove questi sia ricoverato, presso la struttura sanitaria.
- Effettuata la visita la Società si impegna a dare riscontro all'Assicurato - ed in copia ad EMAPI - in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza entro 45 giorni dalla visita stessa o dalla ricezione delle risultanze di eventuali accertamenti richiesti. In caso di mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza la Società nella propria comunicazione indicherà in modo chiaro ed esaustivo le motivazioni del proprio giudizio (specificando ad esempio, le cause di esclusione applicate, le ADL perse e non perse, la data di prima diagnosi della patologia cognitiva).

Nel caso l'Assicurato risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art. 20, avrà diritto alle prestazioni con effetto dal momento della denuncia del sinistro (intesa come la data di ricezione della pratica da parte di EMAPI) sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'Assicurato si trovava in stato di non autosufficienza/LTC (così come definito all'Art. 20) già al momento della presentazione della denuncia; diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'assicurato si trova in stato di non autosufficienza/LTC.

Nel caso in cui l'Assicurato risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art.20 la Società, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza richiederà all'Assicurato le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'Assicurato di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da parte della Società avverrà secondo le modalità previste al successivo Art. 24.

Nei casi in cui l'Assicurato non risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art. 20, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria all'Assicurato - ed in copia ad EMAPI - specificandone i motivi in modo chiaro ed esaustivo (specificando ad esempio, le cause di esclusione applicate, le ADL perse e non perse, la data di prima diagnosi della patologia), come da valutazione del medico incaricato dalla Società stessa, ed indicando la rivedibilità.

Nel caso di lungodegenza la Società si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l'Assicurato ed a fornire a questi riscontro; in ogni caso, l'Assicurato potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

Le parti convengono che tutte le comunicazioni relative alla gestione dei sinistri e la documentazione che l'Assicurato dovrà produrre potranno essere inviate anche a mezzo e-mail in formato digitale.

Rimane ferma la possibilità per la Società ed EMAPI di proporre eventuali modifiche/integrazioni ai moduli del fascicolo di richiesta di apertura del sinistro indicati all'Art. 22; la richiesta dovrà essere fatta per iscritto e dovrà indicare anche le motivazioni addotte. Le modifiche/integrazioni avranno validità e saranno vincolanti per gli Assicurati esclusivamente nel caso in cui verranno approvate espressamente da entrambe le parti.

Art.24 – Erogazione delle prestazioni

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'Art. 14 "Somma assicurata – Copertura Base

Collettiva" ed eventualmente all'Art. 15 " Somma assicurata – Copertura Supplementare Collettiva" e all'Art. 16 "Somma assicurata - Copertura Aggiuntiva Individuale" - sotto forma di rendita mensile anticipata.

La Società corrisponde all'Assicurato quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma di rendita mensile anticipata.

I pagamenti verranno effettuati tramite bonifico con data valuta fissa il 10 di ogni mese (in caso di giorno festivo la data valuta verrà anticipata al primo giorno feriale precedente); in caso di pagamenti effettuati tramite assegno bancario, questo verrà emesso il 10 di ogni mese (in caso di giorno festivo la data di emissione verrà anticipata al primo giorno feriale precedente) e spedito entro i tre giorni lavorativi successivi.

Art. 25 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel corso del periodo di erogazione della prestazione, la Società si riserva il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato. In tale occasione, sarà richiesta all'Assicurato – ed in copia ad EMAPI - almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. La Società si riserva comunque la possibilità di richiedere all'Assicurato - dandone informativa ad EMAPI - ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, ovvero di farlo esaminare da un Medico di propria scelta.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, la Società dandone motivata spiegazione all'Assicurato - ed in copia ad EMAPI - potrà cessare l'erogazione della prestazione alla prima scadenza utile successiva alla data della comunicazione.

Rimane comunque fermo il diritto dell'Assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di non autosufficienza è tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 30 giorni.

Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società.

Art. 26 – Carenza

Per le sole coperture Aggiuntiva Individuale/Art. 16 e Aggiuntiva Familiare/Art. 17 la garanzia decorre dopo un periodo di carenza di 12 mesi dalla data di adesione del singolo Assicurato.

Fermo quanto previsto al I comma del successivo Art. 27, per le sole coperture Aggiuntiva Individuale/Art. 16 e Aggiuntiva Familiare/Art. 17, nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguenza di patologie nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio, il morbo di Alzheimer o di Parkinson ovvero altre demenze invalidanti) il periodo di carenza è di 24 mesi.

In caso di mancato rinnovo di anno in anno dell'attivazione delle coperture Aggiuntiva Individuale/Art. 16 e Aggiuntiva Familiare/Art. 17, i periodi di carenza di cui al I ed al II comma del presente articolo inizieranno a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'Assicurato.

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, ictus cerebrale, malattia infettiva acuta o shock anafilattico avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, non trova applicazione la carenza di cui ai precedenti capoversi.

I casi di non autosufficienza avvenuti durante il periodo di carenza e conseguenti a malattie e/o infortuni così come indicati ai primi due commi del presente articolo, liberano la Società dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto relativamente al singolo Assicurato, con il conseguente rimborso dei premi versati al netto dei caricamenti.

Art. 27- Rischi esclusi

Sono esclusi tutti gli assicurandi che al momento dell'inizio della copertura già si trovino in uno stato di non autosufficienza così come definito all'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione, oppure si trovino nello stato di non riuscire a svolgere almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 21 delle Condizioni Generali di Assicurazione, oppure ai quali sia stata già diagnosticata una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che abbia determinato e/o possa determinare la perdita delle capacità cognitive (ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti).

Nelle ipotesi sopra indicate, la Società non riconosce le prestazioni assicurate ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di premio non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

È, inoltre, escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato da:

- a. Dolo del Contraente o dell'Assicurato.
- b. Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.
- c. Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero.
- d. Oltre a ciò, non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.
- e. Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente.
- f. Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).
- g. Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia, tuttavia, è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.
- h. Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce ghiacciate oltre il 3° grado (scala U.I.A.A – Unione Italiana Associazioni Alpine), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, arrampicata libera, rugby, football americano, hockey su ghiaccio.
- i. Partecipazione a corse, gare automobilistiche e/o motociclistiche e con natanti a motore (e relative prove).
- j. Pratica anche puramente ricreativa di sport subacquei (escluso in ogni caso lo snorkeling a livello di immersione ricreativa) e sport aerei in genere.
- k. Pratica anche puramente ricreativa di sport equestri in genere ad eccezione delle passeggiate avente carattere puramente ricreativo.
- l. Partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico.
- m. Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei.
- n. Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

Art. 28 Servizi di assistenza domiciliare

EMAPI si riserva di attivare un proprio network di strutture e professionisti convenzionati che erogino servizi di assistenza domiciliare quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative, assistenziali e di supporto psicologico; in tale ambito, la rendita erogata agli assicurati che si trovino in uno stato di non autosufficienza potrà essere anche utilizzata per il pagamento di servizi di assistenza domiciliare.

La Società si impegna a concordare con EMAPI le modalità operative che permettano di utilizzare la rendita per il pagamento delle prestazioni che potranno essere fruite dagli assicurati presso le strutture ed i professionisti convenzionati.

Con le medesime finalità di cui al comma che precede, la Società, eventualmente, potrà anche mettere a disposizione di EMAPI e dei relativi iscritti, la propria rete di strutture e di professionisti convenzionati che erogino prestazioni e servizi di assistenza domiciliare; le modalità di utilizzo e di fruizione delle prestazioni e dei servizi previsti dal presente comma saranno concordate tra la Società ed EMAPI.

Roma, 30 aprile 2025

**EMAPI – Ente di Mutua Assistenza
Per i Professionisti Italiani**

Il Presidente

Poste Vita S.p.A.

Il Legale Rappresentante

ALLEGATO 1

REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO COMMISSIONE PARITETICA

1) Le Parti: ognuna delle parti (EMAPI/Compagnia di Assicurazione) può richiedere la convocazione della Commissione.

Tale facoltà, inoltre, è riconosciuta anche agli assicurati che la esercitano facendo specifica richiesta in tal senso ad EMAPI.

2) Rappresentanti: all'interno della Commissione Paritetica, EMAPI e la Compagnia di Assicurazione sono rappresentati da due membri ciascuno, ai quali è demandato il compito di analizzare le problematiche per le quali è stata di volta in volta convocata la Commissione e di esprimere un giudizio, ovvero adottare provvedimenti, in collaborazione con i rappresentanti dell'altra parte.

Ai rappresentanti sono, pertanto, demandati poteri decisionali e vincolanti per le rispettive parti committenti.

Ciascuna parte:

- individua i propri rappresentanti tra persone di fiducia, dotate di idonea preparazione ed esperienza nella trattazione degli argomenti rientranti nelle funzioni della Commissione Paritetica e dotate di adeguato potere decisionale;
- nomina i propri rappresentanti e ne comunica, per iscritto, le generalità all'altra in qualsiasi momento ma, in ogni caso, in occasione della convocazione della Commissione Paritetica.

Ciascuna parte è libera di modificare i propri rappresentanti, fermo restando che l'esercizio delle funzioni di questi ultimi è limitato nell'ambito della singola riunione della Commissione Paritetica, per la quale sono stati nominati in sede di convocazione.

3) Modalità di convocazione: ogni parte che ne ravvisi la necessità può richiedere la Convocazione della Commissione Paritetica tramite invio di una comunicazione contenente le seguenti informazioni:

- a) proposta di una o più date per la riunione all'interno dei periodi indicati al punto 4);-
- b) indicazione di due rappresentanti (individuazione dei due demandati, qualora sia stata in precedenza nominata una pluralità di rappresentanti);
- c) argomenti da trattare (per i sinistri indicando nominativo assistito e numero sinistro);
- d) indicazione del medico legale (o conferma del medico fiduciario della Commissione Medica);
- e) ogni ulteriore informazione ritenuta utile.

L'altra parte deve rispondere entro 7 gg dal ricevimento della proposta di convocazione indicando:

- f) accettazione della data, ovvero di una delle date proposte, in caso di impossibilità la parte ricevente può proporre una o più date alternativa
- g) indicazione dei due rappresentanti;
- h) indicazione del medico legale (o conferma del medico fiduciario della Commissione Medica).

Nel caso in cui sia l'iscritto/Assicurato a richiedere la convocazione della Commissione Paritetica, questi ne farà richiesta ad EMAPI e sarà poi l'Ente a procedere alla convocazione secondo le procedure descritte sopra.

Preso atto degli elementi sopra indicati, il Presidente di EMAPI procede con la comunicazione formale di convocazione entro 7 giorni.

4) Riunioni: per questioni organizzative e di efficientamento del servizio, la Commissione Paritetica si riunisce di norma due volte l'anno (indicativamente, una volta nel bimestre di giugno/luglio ed una seconda volta nel bimestre di dicembre/gennaio)

Nel caso in cui vi sia solo un sinistro da trattare la riunione della Commissione Paritetica sarà rimandata al semestre successivo, con la precisazione che quest'ultima non potrà essere ulteriormente rimandata.

Rimane ferma la possibilità per EMAPI e per la Società Assicuratrice di richiedere ed ottenere riunioni straordinarie della Commissione Paritetica qualora vi siano almeno 3 argomenti da trattare.

5) Luogo: la Commissione Paritetica è riunita a Roma, presso la Sede EMAPI.

Rimane in ogni caso ferma la possibilità che la Commissione Paritetica venga svolta in modalità di video conferenza.

6) Consulenza medica: per tutti gli argomenti che riguardino aspetti medici sia relativi a sinistri sia inerenti le condizioni contrattuali, la Commissione Paritetica si avvale della collaborazione di una specifica consulenza.

I due medici nominati, uno da EMAPI ed uno dalla Compagnia di Assicurazione, esaminano in modo collegiale le questioni di volta in volta prospettate che saranno poi oggetto dell'esame della Commissione Paritetica (ad esempio il sinistro ovvero la clausola contrattuale), esprimendo un proprio giudizio sulla fattispecie in questione, anche alla luce delle condizioni della Convenzione EMAPI.

Le modalità di riunione e funzionamento delle riunioni collegiali sono libere e concordate da parte dei medici fiduciari, fermo restando che per ogni singolo caso i medici provvederanno all'elaborazione di un parere scritto – auspicabilmente congiunto - che dovrà essere trasmesso alle parti (EMAPI e Compagnia) con almeno 10 gg di anticipo rispetto alla data concordata per la riunione della Commissione Paritetica.

EMAPI e la Compagnia di Assicurazione, se d'accordo, potranno avvalersi della Commissione Medica già costituita anche per le attività di analisi propedeutiche alle valutazioni della Commissione Paritetica.

7) Analisi di merito: la Commissione Paritetica, correttamente insediata, analizza tutte le questioni all'ordine del giorno alla luce della documentazione in possesso delle parti e delle condizioni contrattuali.

Partecipano alle riunioni della Commissione Paritetica, al fine di coadiuvarne le attività ed esporre i casi specifici, il Presidente di EMAPI ed i consulenti/broker dell'Ente.

Per i casi aventi ad oggetto aspetti di natura medica, la Commissione Paritetica acquisisce il parere della Consulenza Medica e lo analizza e discute ai fini delle proprie determinazioni.

La Commissione Paritetica, in qualità di organo che si riunisce eccezionalmente per affrontare problematiche di difficile risoluzione, ha titolo ad assumere decisioni che di volta in volta possano fornire una corretta interpretazione del dettato contrattuale.

Analizzati i casi, la Commissione Paritetica esprime il proprio giudizio/parere improntato al criterio del maggior favore nei confronti di EMAPI e dell'iscritto/Assicurato; le decisioni della Commissione sono prese a maggioranza (dei quattro rappresentanti).

Per ogni singolo caso analizzato viene redatto specifico verbale messo agli atti e conservato, per ogni buon uso, dalle parti.