

CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

Capitolato Tecnico

Sommario

PREMESSA	3
Procedura attuativa.....	3
DEFINIZIONI.....	3
SEZIONE 1 - OGGETTO DEL SERVIZIO	8
Art. 1.1 – Oggetto della Copertura	8
Art. 1.2 – Assicurati	8
Art. 1.3 – Limiti di età	8
Art. 1.4 – Nucleo Familiare	9
SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	10
Art. 2.1 – Assicurazione per conto Altrui.....	10
Art. 2.2 – Estensione territoriale	10
Art. 2.3 – Rischi esclusi dall’assicurazione.....	10
Art. 2.4– Oneri fiscali.....	11
Art. 2.5 – Altre assicurazioni.....	11
Art. 2.6 – Clausola broker	11
Art. 2.7 – Forma delle comunicazioni.....	11
Art. 2.8 – Rinuncia al recesso dal contratto	11
Art. 2.9 – Pagamento del contributo.....	11
Art. 2.10 – Effetto e durata dell’assicurazione.....	11
Art. 2.11 – Oneri a carico della Cassa di assistenza.....	12
Art. 2.12 – Modifica delle condizioni di assicurazione	13
Art. 2.13 – Commissione paritetica	13
Art. 2.14 – Mediazione – Arbitrato rituale	13
Art. 2.15 – Foro competente	14
Art. 2.16 – Interpretazione delle garanzie di polizza.....	14
Art. 2.17 – Tutela della Privacy.....	14
Art. 2.18 – Rinvio alle norme di legge	14
Art. 2.19 – Anticipi.....	14
SEZIONE 3 – PRESTAZIONI E CONDIZIONI	15
Art. 3.1 – Oneri dell’Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni.....	15
Art. 3.2 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assicurati).....	17
Art. 3.3 – Attività di supporto ed assistenza- obblighi dell’Assicuratore	18

Art. 3.4 – Reportistica dei sinistri	20
SEZIONE 4 - GARANZIE “A” - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI	21
Art. 4.1 - Beneficiari delle Prestazioni	21
Art. 4.2 - Ambito di applicazione	21
Art. 4.3 - Massimale assicurato	21
Art. 4.4 - Scoperto.....	21
Art. 4.5 - Prestazioni Assicurate	22
Art. 4.5.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici	22
Art. 4.5.2 - Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.	23
Art. 4.5.3 - Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare.	24
Art. 4.5.4 - Indennità sostitutiva.....	24
Art. 4.5.5 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio.....	24
Art. 4.5.6 - Cure oncologiche	25
Art. 4.5.7 - Follow-Up Oncologico	25
Art. 4.5.8 - Copertura per non autosufficienza.....	25
ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	26
ELENCO II - GRAVI EVENTI MORBOSI	29
Art. 4.6 – Importo del contributo	30
SEZIONE 5 GARANZIE “B” – INCLUSIONE DEL NUCLEO FAMILIARE PER LE GARANZIE PREVISTE DALLA SEZIONE “A” E ESTENSIONE DELLE GARANZIE RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE AL TITOLARE ED AL RELATIVO NUCLEO FAMILIARE	31
Art. 5.1 – Beneficiari delle Prestazioni	31
Art. 5.2 – Ambito di Applicazione.....	31
Art. 5.3 – Estensione garanzia A ai soli componenti del nucleo familiare	31
Art. 5.4 – Massimali Assicurati – Limiti di Assistenza	31
Art. 5.5 - Scoperto	31
Art. 5.6 – Prestazioni	32
Art. 5.7 – Importo del contributo	36
Art. 5.8 – Sconti per numero di aderenti.....	37
SEZIONE 6 – GESTIONE DELLE INTEGRATIVE	37
Art. 6.1 - Variazioni in corso d’anno dei Titolari di polizza	37
Art. 6.2 – Adesione alla formula integrativa	38
Art. 6.3 – Decesso dell’assicurato.....	38

PREMESSA

La Compagnia di Assicurazione..... (di seguito denominata anche Società o Assicuratore) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto il servizio di copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa a favore dei Notai in esercizio, dei Titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato nonché del Personale in servizio ed in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato sia del Consiglio Nazionale del Notariato e con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati e la Cassa Sanitaria(di seguito denominata anche Cassa di Assistenza) sulla base di specifici accordi tra loro intervenuti, si impegnano, sulla base del presente contratto ad erogare a favore dei Notai in esercizio, dei Titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato nonché del Personale in servizio ed in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato sia del Consiglio Nazionale del Notariato e con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati (in seguito denominati assicurati) indennizzi, rimborsi di spesa per i casi di malattia, infortuni e parto secondo le norme di seguito indicate. Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata Cassa di Assistenza iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al decreto Min.Lav. del 27/10/2009 la quale dichiara di essere idonea ed abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per la categoria assicurata di cui ai successivi artt. 1.2 e 1.4 della Sezione 1 del presente Capitolato, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste nel presente capitolato, la Società concorderà la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

DEFINIZIONI

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

Abitazione	La dimora abituale dell'assicurato.
Assicuratore o Società	La Compagnia assicuratrice aggiudicataria che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio e deve garantire l'esecuzione delle prestazioni medesime attraverso la Cassa di Assistenza Sanitaria, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario oggetto del presente capitolato ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati senza anticipare la spesa, ma delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Assistenza indiretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati .
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Cassa di Assistenza	La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Centrale Operativa	La struttura che, per conto dell'Assicuratore, provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere agli stessi.
Certificato	Il documento che stabilisce i termini di operatività della copertura assicurativa di ogni aderente.
Contraente	Cassa Nazionale del Notariato.
Contributo	La somma dovuta alla Cassa di Assistenza per l'adesione alla copertura.
Day Hospital	La 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) 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	La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite. Ai

fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile al difetto fisico ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa al difetto preesistente.

Franchigia	<p>Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.</p> <p>Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.</p>
Grandi Interventi	<p>Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.</p>
Gravi Eventi Morbosi	<p>Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.</p>
Indennità Sostitutiva	<p>L'importo giornaliero erogato dall'Assicuratore per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio del parto e dell'aborto terapeutico; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).</p>
Indennizzo	<p>La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.</p>
Infortunio	<p>Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.</p>
Intervento Chirurgico	<p>Intervento terapeutico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser chirurgico o crioterapia; sono altresì ritenuti interventi chirurgici quelli di urologia interventistica, neurochirurgia interventistica, neuroradiologia interventistica, endochirurgia vascolare interventistica, cardiologia interventistica, interventi con gamma knife (per microchirurgia e radiochirurgia e radioterapia stereotassica).</p>
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	<p>La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o</p>

immobilizzazioni purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente.

Istituto di cura

L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

**Istituti di cura
Convenzionati**

Le strutture di cura convenzionate con l'Assicuratore alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Lungodegenza

Servizio di degenza destinato ad accogliere persone affette da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, finalizzati a ricercare un miglioramento o stabilizzazione della condizione di malattia, che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malattia
Oncologica**

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

Qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile al difetto fisico ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa alla malformazione preesistente.

Massimale

La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

**Personale medico
e sanitario**

I professionisti convenzionati con l'Assicuratore ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. il medico capo-equipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con l'Assicuratore. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera equipe è ritenuta non convenzionata. Altresì se il medico capo-equipe è convenzionato deve

provvedere affinché tutti i componenti dell'equipe si attengano alle norme ed alle tariffe di convenzione. In caso contrario, l'intera equipe sarà considerata non convenzionata.

Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dalla Cassa sanitaria alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Presa in carico	Documento trasmesso dalla centrale operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.
Ricovero	Permanenza con o senza pernottamento in istituto di cura autorizzato al ricovero e/o al day hospital. Deve essere prescritto da un medico e deve essere motivato da obiettive finalità ed esigenze mediche di eseguire prestazioni terapeutiche (per esempio: chemioterapia o interventi chirurgici) o prestazioni diagnostiche (per esempio biopsie) tali che, per scadute condizioni del paziente (tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio) o per indagine o invasività esecutiva delle stesse, non possono essere eseguite al domicilio, né in forma "ambulatoriale". Sono esclusi dalle garanzie di polizza i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale.
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Visita specialistica	La visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL SERVIZIO

Art. 1.1 – Oggetto della Copertura

Oggetto del presente Capitolato è l'assicurazione sanitaria da realizzarsi sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, che in forma indiretta attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute in conseguenza d'infortunio, malattia e parto, nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti e dalle apposite sezioni 4 e 5.

Art. 1.2 – Assicurati

1.2.1 – Le garanzie di cui al presente Capitolato, sono prestate in forma collettiva a favore dei notai in esercizio, notai in pensione e altri titolari di pensione notarile.

1.2.2 – Le garanzie di cui al presente capitolato, previo pagamento del contributo pro-capite annuo previsto per il titolare di polizza alla Sez. 4 de presente Capitolato sono estese al:

- a) Personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato;
- b) Personale in servizio e in quiescenza del Consiglio Nazionale del Notariato;

1.2.3 – Il titolare di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, che diventa pensionato rimarrà in copertura come se fosse in esercizio, sino alla scadenza dell'anno assicurativo. Alla scadenza annua i notai in pensione e gli altri titolari di pensione notarile continueranno automaticamente ad usufruire della copertura assicurativa prevista per i titolari di pensione. Le altre categorie di pensionati saranno invece tenuti a presentare il modulo di riadesione previo pagamento del relativo contributo.

1.2.4 – Gli assicurati che abbiano già attivato le garanzie della “Sezione 4 – Garanzie A” potranno ampliare a titolo individuale, e automaticamente per il nucleo familiare, la copertura aderendo alla “Sezione 5 – Garanzie B”.

1.2.5 – Viene prevista la possibilità per il coniuge, il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e i figli superstiti di assicurati deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dalla presente assicurazione dietro pagamento del relativo contributo annuo.

1.2.6 – L'iscritto pensionato ex-dipendente, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione ad ogni scadenza dell'annualità assicurativa non potranno più essere reinseriti.

1.2.7 – Sono altresì, assicurati i notai che si iscriveranno alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, con decorrenza dalla data di iscrizione a ruolo; potranno essere assicurati, previo pagamento del contributo pro-capite previsto per il titolare di polizza all'art 4.6, i dipendenti, assunti durante l'anno a far data dalla data dell'assunzione; il rateo di contributo relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui al successivo art. 2.9 “Pagamento del contributo” nei limiti degli artt. 310 e 311 del Regolamento DPR n. 207 del 2010.

Art. 1.3 – Limiti di età

Non è previsto alcun limite di età.

Art. 1.4 – Nucleo Familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e dai figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – 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 Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2.2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

Art. 2.3 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivante e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dalle condizioni di assicurazione; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla copertura per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; Non rientrano in detta categoria e saranno pertanto coperti da assicurazione, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili a termini di polizza, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile a termine di polizza.
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- l) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

Art. 2.4– Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione di cui alla "Sezione 4 – Garanzie A" sono a carico della Contraente.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione di cui alla "Sezione 5 – Garanzie B" sono a carico del singolo aderente che abbia stipulato la polizza integrativa.

Art. 2.5 – Altre assicurazioni

La Contraente è tenuta a denunciare all'Assicuratore l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. L'Assicurato è esonerato dal dichiarare all'Assicuratore l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 2.6 – Clausola broker

La Cassa Nazionale del Notariato sarà assistita da Aon SpA – Via Cristoforo Colombo, 149 – 00147 Roma, per la gestione tecnica e amministrativa del contratto di assicurazione.

Art. 2.7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, oppure con telegramma, o fax o con posta elettronica certificata.

Art. 2.8 – Rinuncia al recesso dal contratto

L'Assicuratore in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto.

Art. 2.9 – Pagamento del contributo

Si conviene che il contributo annuale alla Cassa di assistenza Sanitaria verrà corrisposto dalla Cassa Nazionale del Notariato in via anticipata ed in numero di due rate semestrali di uguale importo, scadenti rispettivamente il 1° novembre ed il 1° maggio di ogni anno, con termine di rispetto pari a 60 giorni, previo ricevimento dell'apposito "*atto contabile*" emesso dalla Cassa di assistenza Sanitaria .

Tale importo sarà calcolato moltiplicando il contributo pro capite annuo relativo alla copertura di cui alla successiva sezione 4 per il numero effettivo di notai in esercizio, titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato, personale in servizio ed in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato.

Relativamente alle coperture integrative si conviene che per la prima annualità, il contributo annuale verrà corrisposto dal singolo aderente in due rate di cui la prima pari all'75% del contributo pro capite annuo all'atto dell'adesione da effettuarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2014 e la restante parte del contributo, computata in base al numero di adesioni ed agli sconti previsti, entro il 31 gennaio 2015.

Alla fine di ogni anno la Cassa di assistenza Sanitaria provvederà all'emissione *dell'atto contabile* relativo alla regolazione dei corrispettivi dovuti calcolata in base al numero degli assicurati inclusi in corso d'anno, al netto delle esclusioni intervenute per i soggetti deceduti antecedentemente all'emissione dello stato iniziale del rischio, e non ancora noti alla Cassa del Notariato all'atto della prima comunicazione. La Cassa Nazionale del Notariato si impegna a pagare tali regolazioni entro 60 giorni dal ricevimento *dell'atto contabile*.

Art. 2.10 – Effetto e durata dell'assicurazione

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui all'art. 1.2 che precede, ha durata 24 mesi dalle ore 00.00 del giorno 01.11.2014 alle ore 24.00 del 31.10.2016. A tale data la

polizza nonché l'adesione della Cassa Nazionale del Notariato alla Cassa di assistenza Sanitaria, si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, salva la proroga da concedersi, nei limiti sanciti dal D. Lgs n.163/2006 e relativo Regolamento, su richiesta della Cassa Nazionale del Notariato, per una durata strettamente necessaria alla conclusione del procedimento di gara volto alla stipula del nuovo contratto.

Le parti potranno recedere dal presente contratto ricorrendo le condizioni previste dagli artt. 134 e segg. del D. Lgs. n. 163/06 e dell'art. 153, comma 8, ove applicabile, del D.P.R. n. 207/2010, mediante comunicazione scritta da inviarsi a mezzo raccomandata A.R. almeno 3 (tre) mesi prima della data in cui il recesso avrà effetto.

Art. 2.11 – Oneri a carico dell'Assicuratore

2.11.1 Sono a carico dell'Assicuratore, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del Servizio nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del Servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.

2.11.2 Nell'esecuzione del Servizio, salvo quanto già previsto nel presente Capitolato e quant'altro si renderà necessario in relazione alle esigenze operative derivanti in particolare dalla prestazione del Servizio, l'Assicuratore si obbliga a:

- a) eseguire le prestazioni in oggetto con il massimo grado di diligenza, a perfetta regola d'arte e nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenuti nel presente Capitolato e in tutta la documentazione di gara. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
- b) comunicare prontamente in forma scritta alla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO le situazioni reali o potenziali di conflitto d'interesse sorte durante lo svolgimento del Servizio e ad attenersi alle istruzioni impartite dalla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO;
- c) dare immediata comunicazione alla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO di ogni circostanza, avvenimento o fatto che abbia influenza sull'esecuzione del Servizio, ivi comprese le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione dello stesso; tale comunicazione dovrà pervenire alla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO entro 10 giorni dall'intervenuta modifica;
- d) attenersi a tutte le indicazioni e direttive relative all'esecuzione contrattuale che saranno impartite dalla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO tramite il Responsabile dell'esecuzione del contratto;
- e) manlevare e tenere indenne CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza e sanitarie vigenti;
- f) predisporre tutti gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire elevati livelli di servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza, secondo tutte le norme e le prescrizioni in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate.

Resta convenuto che gli eventuali maggiori oneri derivanti dall'osservanza delle norme e prescrizioni di cui sopra, anche se entrate in vigore nel corso della validità della polizza, saranno ad esclusivo carico dell'Assicuratore, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo previsto. L'Assicuratore, pertanto, non potrà avanzare richieste di compensi a tale titolo nei confronti di CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO.

2.11.3 L'Assicuratore per quanto di rispettiva competenza si obbligano a consentire alla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO di procedere, in qualsiasi momento e anche senza preavviso, alle verifiche sulla piena e corretta esecuzione del servizio in oggetto, impegnandosi a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimenti di tali verifiche.

2.11.4 La Cassa di Assistenza si obbliga ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 52 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i., accettando i contributi versati dalla CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO e riversando gli stessi sotto forma di premio alla Società.

Art. 2.12 – Modifica delle condizioni di assicurazione

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente capitolato potrà essere introdotta e/o imposta dalla Assicuratore fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dagli artt. 310 e 311 del DPR N° 207/2010 in attuazione dell'art. 114 2° comma del D.LGS 163/06.

Art. 2.13 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri dei quali tre designati dalla Cassa Nazionale del Notariato e tre dall'Assicuratore.

È espressamente prevista la facoltà della Cassa Nazionale del Notariato di nominare un consulente di propria fiducia.

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

Art. 2.14 – Mediazione – Arbitrato rituale

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 15 "Commissione Paritetica", dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del D.lgs.04/03/2010, n. 28, attuativo dell'art.60 L. 18/06/2009, n. 69.

L'Organismo di mediazione sarà scelto dalla parte attrice tra gli organismi di mediazione accreditati presso il Consiglio Nazionale del Notariato. Il procedimento di mediazione dovrà svolgersi nell'ambito del Circondario del Tribunale competente in relazione alla residenza dell'assicurato ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell' Organismo di mediazione scelto.

Ogni controversia non risolta tramite mediazione, entro quattro mesi dall'inizio di questo

procedimento, o nel diverso periodo che le parti concordino per iscritto, potrà, a discrezione dell'assicurato, essere demandata alla decisione di un collegio arbitrale, composto di tre membri, due dei quali nominati da ciascuna parte ed il terzo, con funzioni di presidente, di comune accordo dai due arbitri già nominati o, in mancanza di accordo, dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza territoriale nel luogo ove deve riunirsi il Collegio avuto riguardo al luogo di residenza dell'assicurato (Comune, sede di Istituto di medicina legale).

Il Collegio arbitrale avrà sede nel suddetto Comune e l'arbitrato sarà rituale secondo diritto.

Il Collegio arbitrale deciderà anche delle controversie relative alla clausola compromissoria e provvederà sulle spese del processo arbitrale.

Art. 2.15 – Foro competente

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti art. 2.13 "Commissione paritetica" e 2.14 "Mediazione – Arbitrato rituale" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'assicurato.

Nei giudizi relativi all'indennizzo legittimati sono esclusivamente l'Assicurato/Titolare di polizza e l'Assicuratore

Art. 2.16 – Interpretazione delle garanzie di polizza

Si conviene tra le Parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 2.17 – Tutela della Privacy

L'Assicuratore e la Cassa di assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando la Cassa Nazionale del Notariato a tutti gli effetti.

Art. 2.18 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.19 – Anticipi

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo all'Assicuratore una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti dell'65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.

In ogni caso l'assicurato è tenuto a trasmettere all'Assicuratore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

SEZIONE 3 – PRESTAZIONI E CONDIZIONI

Art. 3.1 – Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni

a) *Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con l'Assicuratore*

- Strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati.

Rientrano nelle strutture sanitarie convenzionate con l'Assicuratore i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati presenti nell'elenco delle strutture sanitarie con cui è attivo un rapporto di convenzione, pubblicato sul "sito" dell'Assicuratore. All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in degenza.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento di ogni medico va preventivamente verificato con la centrale operativa dell'Assicuratore.

- Modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

L'assicurato che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie convenzionate con *presa in carico diretta*, deve preventivamente prendere contatto con la

Centrale operativa telefonando al numero verde dedicato _____
orario: _____
tel.: _____
fax: _____
indirizzo mail: _____

Comunicando e trasmettendo:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

La centrale operativa deve fornire all'assicurato (sempreché sia regolarmente e correttamente censito nell'anagrafica in possesso all'Assicuratore), entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms o contatto telefonico, conferma della *presa in carico* o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione.

Deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'assicurato, nonché informazioni relative agli istituti e medici convenzionati.

In casi di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l'assicurato, entro e non oltre 24 ore dal ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

L'Assicuratore provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e franchigia e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'assicurato da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le

prestazioni rientranti nella convenzione.

Qualora, previa presa in carico, venga effettuato un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, saranno a carico dell'Assicuratore, con le eventuali franchigie previste, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione. Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'assicurato e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. b) del presente articolo.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con l'Assicuratore o, se convenzionate, per le quali non sia stata attivata la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui alla precedente lettera a).

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dal presente Capitolato, il titolare di polizza deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

LE RICEVUTE DI SPESA DEVONO ESSERE TRASMESSE IN COPIA.

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

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici dell'Assicuratore per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora il titolare di polizza debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore Assicuratrice per ottenere lo stesso rimborso, l'Assicuratore effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dello stesso, solo su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute nonché copia del documento comprovante il rimborso ricevuto.

Il rimborso effettuato da altri Enti Assistenziali o Assicuratori, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto e/o franchigia posto a carico dell'assicurato.

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Assicuratore Assicuratrice, è pari o superiore alle franchigie e/o scoperti previsti dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Assicuratore fino a concorrenza del massimale previsto.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti previsti dalle presenti garanzie. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il titolare di polizza deve inviare il modulo di denuncia del sinistro ed allegare la documentazione di spesa in originale (distinte e ricevute), debitamente quietanzata, nonché:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica dettagliata;
- in caso di prestazioni extraricovero: certificati medici di prescrizione;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile;

L'Assicuratore effettua il rimborso direttamente al titolare di polizza, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui al presente capitolato, ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione).

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assicurato dovrà inoltrare - entro il 30° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese nei limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separate franchigie e/o scoperti - ove previsti - per le diverse annualità.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi.

L'Assicurato si impegna a fornire ogni chiarimento necessario, anche ai medici che lo hanno visitato o curato, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Assicuratore, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistenza.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato, relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per ticket sanitari, l'Assicuratore rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti.

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) o alla lett. b) del presente articolo in dipendenza dell'esistenza o meno di un regime di convenzionamento.

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto b).

Art. 3.2 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assicurati).

Art. 3.2.1 - Servizi di informazione

L'Assicuratore mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, l'Assicuratore metterà a disposizione un numero

verde dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

Art. 3.2.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) *Rientro dal ricovero di primo soccorso*

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

b) *Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00-)*

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

All'estero

c) *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 10 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.

d) *Pareri medici*

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'assicurato, al quale l'Assicurato potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato).

e) *Informazioni sulla degenza*

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'assicurato, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

f) *Trasmissione messaggio urgenti*

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

Art. 3.3 – Attività di supporto ed assistenza- obblighi dell'Assicuratore

1. L'Assicuratore si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana. Essa si obbliga a fornire supporto e assistenza agli assicurati su tutte le informazioni inerenti:

- le condizioni di assicurazione;
- le modalità di accesso alla rete convenzionata;
- lo stato dei sinistri;
- i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il precedente elenco è riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

A tal fine l'Assicuratore dovrà fornire supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso:

- un call center dedicato composto da almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante presenza di almeno tre medici, mettendo a disposizione un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate sia dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero;
- una Centrale operativa che, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, dovrà fornire all'assicurato l'assistenza descritta all'art. 3.1 lettera a) del presente Capitolato Tecnico.

2. Entro 30 giorni solari dalla data di stipula del presente contratto, l'Assicuratore si obbliga, a proprie spese, a stampare una *Guida all'assistenza sanitaria* e a fornire i *badge* identificativi dei titolari di polizza da inviare all'indirizzo dei medesimi a mezzo posta, concordando con la Cassa Nazionale del Notariato il testo, le modalità grafiche e la tipologia di materiale.

La Guida dovrà illustrare le modalità di utilizzo delle coperture assicurative alle condizioni previste dal presente Capitolato. Tale documento dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni di assicurazione, specificando massimali e limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando il modulo predisposto per la richiesta di rimborso e/o eventuali modelli per la richiesta delle prestazioni);
- indicazione dei numeri telefonici e di fax gratuiti dedicati alle attività della Centrale operativa e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

In caso di integrazione e/o modifica della copertura intervenuta nel periodo contrattuale ai sensi degli artt. 310 e 311 del DPR 207/2010, l'Assicuratore provvederà a proprie spese ad aggiornare *la Guida* mediante stampa di un opuscolo ad hoc.

La spedizione della *Guida* insieme con i predetti *badge*, dovrà avvenire, a cura dell'Assicuratore, entro 45 giorni solari dalla stipula della polizza e/o dell'intervenuta

integrazione/modifica della stessa. Tutte le relative spese, postali comprese, sono interamente a carico di detto Assicuratore.

3. Entro 30 giorni solari dalla data di stipula dell'Assicurazione, l'Assicuratore dovrà provvedere, altresì a rendere disponibile sul proprio sito internet una apposito portale contenente l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati suddivisi per specializzazione ed in stretto ordine alfabetico, nonché, la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il suddetto portale deve, inoltre prevedere:

- un' area riservata alla Cassa Nazionale del Notariato per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione;
- un'area accessibile al titolare di polizza, con apposite e personali *password*, onde garantire allo stesso di visionare la propria situazione assicurativa completa e l'andamento del sinistro.

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

Art. 3.4 – Reportistica dei sinistri

1. Al termine di ogni trimestre entro i 15 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del piano sanitario. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- Cognome e nome del richiedente il rimborso;
- Tipologia di assicurato a cui è imputato il sinistro (notaio in esercizio, titolare di pensione, dipendente Cassa Nazionale del Notariato, dipendente CNN e nell'ambito di queste categorie specificare se trattasi di titolare o familiare e quale)
- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento, specificando se si tratta di Infortunio o Malattia;
- la tipologia di garanzia distinta per prestazioni ottenute come da specifiche del Capitolato;
- la tipologia di rimborso (se rimborso diretto o indiretto);
- l'indicazione di età e sesso dell'assicurato;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro chiuso senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € _____.

Inoltre l'Assicuratore si impegna a fornire trimestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

2. Salvo quanto espressamente previsto al comma 1 del presente articolo ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla Cassa Nazionale del Notariato dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

SEZIONE 4 - GARANZIE "A" - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. 4.1 - Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie regolate nella presente sezione si applicano agli assicurati di cui agli artt. 1.2.1 e 1.2.2, con i limiti e le modalità ivi previste, al fine di garantire la copertura sanitaria, secondo le norme appresso indicate. Pertanto le prestazioni previste dalla presente Sezione 4 saranno rivolte ai notai in esercizio, notai in pensione ed altri titolari di pensione notarile nonché al personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato con esclusione del relativo nucleo familiare definito all'art. 1.4.

Art. 4.2 - Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo Art. 4.5 "Prestazioni assicurate" della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'assicurato/i;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dall'Assicuratore nel rispetto di quanto disposto dalla presente polizza.

Art. 4.3 - Massimale assicurato

Euro 400.000,00 per anno.

Art. 4.4 - Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo art. 4.5 "Prestazioni assicurate" prevede:

4.4.1 In caso di Prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Assicuratore alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno scoperto. Parimenti non saranno soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza diretta nel pre e post ricovero— fermi restando gli specifici limiti temporali.

4.4.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 30% con un minimo di € 7.000,00 per sinistro a carico dell'assicurato; nel caso di assicurati pensionati verrà applicato uno scoperto pari al 30% con un minimo di € 5.000,00. Per le prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza indiretta nel pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali– è invece previsto il rimborso delle spese con uno scoperto del 35% senza minimo entro il massimale annuo di € 3.000,00, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico. Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti punti 4.4.1 e 4.4.2

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

Art. 4.5 - Prestazioni Assicurate

Art. 4.5.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici

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

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) rette di degenza;
- f) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito, fermi i limiti temporali di cui sopra, si intendono compresi i ricoveri ed i day- hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del

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

- g)** rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **euro 100** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- h)** spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di euro **3.900** massimo per anno;
- i)** trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed euro **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- j)** acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro **5.500**, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- k)** le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di euro **15.000** per evento;
- l)** costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro **10.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Art. 4.5.2 - Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

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

Si applicano anche le garanzie dell'art. 4.5.1 ai punti h), i), j), k), l).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità

di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 4.5.1.

Art. 4.5.3 - Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare.

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

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

Si applicano anche le garanzie dell'art. 4.5.1 ai punti i), j), k), l).

Art. 4.5.4 - Indennità sostitutiva.

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, l'Assicuratore corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

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

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando lo scoperto di cui all'art. 4.4, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f dell'Art. 4.5.1 in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad € 50 per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

Art. 4.5.5 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 66% l'Assicuratore liquiderà un indennizzo pari al capitale assicurato ad € 60.000.

L'Assicuratore corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità l'Assicuratore farà riferimento alla

tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dalla presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

Art. 4.5.6 - Cure oncologiche

L'Assicuratore rimborsa o prende in carico con il limite massimo di € 50.000,00 anno, le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero.

Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo e sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare (su prescrizione del medico specialista) in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (€ 50.000,00 anno). Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, gli scoperti previsti dagli artt. 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 del presente piano sanitario A e gli scoperti e franchigie previsti dal piano sanitario B qualora sottoscritto.

Art. 4.5.7 - Follow-Up Oncologico

L'Assicuratore rimborsa o prende in carico le prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia fino ad un massimale di euro 10.000,00 anno senza applicazione di franchigie o scoperti.

Art. 4.5.8 - Copertura per non autosufficienza

Qualora l'assicurato si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la L'Assicuratore riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di € 250,00, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della presente polizza delle spese sostenute per:

1. ricoveri in strutture di lungo degenza;
2. assistenza;
3. prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
4. acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
5. ausili e presidi sanitari;
6. farmaci non rimborsati dal SSN;
7. altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza della presente Polizza, un'invalidità civile al

100% con diritto all'indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da malattie mentali o disturbi psichici.

La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'assicurato è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assicurato dovrà presentare le successive certificazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il limite massimo di € 250,00. In occasione della prima richiesta di rimborso, l'assicurato dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile.

Per la parte eccedente il predetto massimale mensile di € 250,00 l'assicurato avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

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

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

B. Interventi per trapianti di organo: tutti.

C. Interventi ortopedici per:

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

D. Interventi di neurochirurgia per:

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

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

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

H. Interventi di chirurgia generale per:

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

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

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

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) dontocheratoprotesi;

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

K. Interventi di chirurgia toracica per:

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

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

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

ELENCO II - GRAVI EVENTI MORBOSI

A. Infarto miocardico acuto.

B. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata

che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea;
- II. edemi declivi;
- III. aritmia;
- IV. angina instabile;

- V. edema o stasi polmonare;
- VI. ipossiemia.

C. Neoplasia maligna.

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

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

E. Politraumatismi gravi

che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F. Stato di coma.

G. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I. Tetraplegia.

J. Sclerosi multipla.

K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

L. Alzheimer.

M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- I. riduzione attività motoria;
- II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

Art. 4. 6 – Importo del contributo

Il contributo pro capite relativo alla presente sezione si intende pari ad € (euro.....).
Per la composizione del contributo complessivo relativo alla presente sezione il contributo pro capite di cui sopra dovrà essere moltiplicato per i soggetti assicurati salvo conguaglio così come regolato all'art. 2.9

SEZIONE 5 GARANZIE “B” – INCLUSIONE DEL NUCLEO FAMILIARE PER LE GARANZIE PREVISTE DALLA SEZIONE “A” E ESTENSIONE DELLE GARANZIE RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE AL TITOLARE ED AL RELATIVO NUCLEO FAMILIARE

Piano copertura assicurativa integrativa alle garanzie sezione “A”

Art. 5.1 – Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie della presente sezione si applicano:

- 5.1.1 ai componenti del nucleo familiare degli assicurati previsti agli artt.1.2.1 e 1.2.2 per quanto riguarda le garanzie indicate alla Sezione 4 - Garanzie A;
- 5.1.2 agli assicurati e relativi nuclei familiari di cui agli artt. 1.2 e 1.4, per le garanzie di seguito elencate.

Art. 5.2 – Ambito di Applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo Art. 5.6 “Prestazioni” della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell' assicurato;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni anche nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dall'Assicuratore nel rispetto di quanto disposto dalla presente polizza.

Art. 5.3 – Estensione garanzia A ai soli componenti del nucleo familiare

Tutto quanto previsto e indicato nella precedente Sezione 4 - Garanzie A “Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi”, viene esteso anche ai componenti dei nuclei familiari come definiti dall'articolo 1.4.

Art. 5.4 – Massimali Assicurati – Limiti di Assistenza

Le prestazioni di cui al presente Capitolato sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 200.000,00- fermo restando quanto disposto dal successivo art. 5.6 “Prestazioni” della presente sezione, ove, per “limite di assistenza per nucleo”, si intende la disponibilità massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale

Art. 5.5 - Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo art. 5.6 “Prestazioni” prevede:

- 5.5.1 In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie

private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Assicuratore alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto del 10%.

Parimenti saranno soggette a scoperto del 10% le spese relative alle prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza diretta nel pre e post ricovero fermi restando gli specifici limiti temporali .

- 5.5.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie private o con personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 30% con il minimo di € 7.000,00 per sinistro a carico dell'assicurato; nel caso di assicurati pensionati verrà applicato uno scoperto pari al 20% con un minimo di € 5.000,00 per sinistro a carico dell'assicurato. Per le prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza indiretta nel pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali – è invece previsto il rimborso delle spese con uno scoperto del 35% senza minimo entro il massimale annuo di € 3.000,00, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%.
- 5.5.3 Per gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente lo scoperto applicato è del 35% senza applicazione del minimo (nel caso di assicurati pensionati lo scoperto applicato è del 30% senza applicazione del minimo).
- 5.5.4 In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 5.6 – Prestazioni

A. Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto rese necessarie da infortunio e malattia che risultino in garanzia a termini di polizza.

L' Assicuratore rimborsa:

- 1. In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:**
 - a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
 - b) spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;
 - c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
 - d) rette di degenza;
 - e) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni

mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;

- f) spese per il prelievo di organi o parte di essi 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 vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza;
- g) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **euro 100** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- h) trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed euro **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- i) spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico, con il limite di € 5.000,00; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € 2.000,00.
- j) sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravireali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.

2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo)

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- c) accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'assistenza infermieristica per le patologie di cui all'allegato elenco dei grandi eventi morbosi) effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
- d) per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **euro 100** al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- e) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed euro **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;

- f) in caso di i ricoveri dovuti a lungo degenza la Assicuratore non rimborserà somma maggiore di € 10.330,00 anno/nucleo con il limite di 120gg anno/nucleo;
- g) spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero o Day Hospital senza intervento, con il limite di € 5.000,00; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € 2.000,00;
- h) il Day Hospital a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di visite specialistiche, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

3. Parto spontaneo e cesareo

In caso di parto spontaneo o cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata è previsto la copertura massima omnicomprensiva di €. 2.000,00 per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

B. Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica

L'Assicuratore, nei limiti del massimale di euro 15.000,00 anno/nucleo, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- AGOBIOPSIA
- AMNIOCENTESI
- ANGIOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- BIOPSIA IN SCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- CATETERISMO CARDIACO
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOURETROGRAFIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
- COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
- COLECISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- CRIOTERAPIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DEFECOGRAFIA
- DISCOGRAFIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER

- ECOTOMOGRAGIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA A SCOPO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
- FISTOLOGRAFIA
- FLEBOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- HOLTER
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- MAMMOTOME
- MIELOGRAFIA
- PET
- PNEUMOENCEFALOGRAFIA
- POLIPECTOMIA
- RADIOTERAPIA
- RETINOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- RX ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX TENU E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCIALOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- SPLENOPORTOGRAFIA
- TOMOGRAFIA TORACE, TOMOGRAFIA IN GENERE
- TOMOGRAFIA LOGGE RENALI, TOMOXEROGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) ANCHE VIRTUALE
- UROGRAFIA
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA
- VIDEOANGIOGRAFIA
- VILLOCENTESI
- WIRSUNGGRAFIA

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

- se eseguiti presso strutture convenzionate:
 - pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 a carico dell'assicurato;
- se eseguite presso strutture non convenzionate:
 - rimborso con uno scoperto del 35% e franchigia minima di €. 100,00 a carico dell'assicurato

Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.

C. Visite specialistiche – diagnostica corrente- prestazioni terapiche e fisioterapiche

L'Assicuratore, nei limiti del massimale annuo di € 5.000,00 anno/nucleo, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche con l'esclusione dell'agopuntura.

- se eseguiti presso strutture convenzionate:
-pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 a carico dell'assicurato;

- se eseguite presso strutture non convenzionate:
-rimborso con uno scoperto del 35% e franchigia minima di € 100,00 a carico dell'assicurato.

Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.

D. Protesi

Previa presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, l'Assicuratore rimborsa, con il limite di € 2.070,00 anno/nucleo, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici.

Per i soli pensionati si intendono rientranti in garanzia anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

E. Medicina Preventiva

L'Assicuratore rimborsa, o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di € 500,00 per anno/nucleo le spese per:

- Uomini: visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;

- Donne:, visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie con visita senologica, ecografia addome e/o transvaginale, moc;

Per entrambi i sessi, radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 5.7 – Importo del contributo

Il contributo pro capite relativo alla presente sezione si intende pari ad € (euro.....).

Il versamento del contributo pro capite della prima annualità verrà effettuato secondo le modalità previste all'art 2.9.

L'aderente resta obbligato al rinnovo della copertura ed al versamento del contributo in

un'unica soluzione anche per la seconda annualità così come regolamentato all'art. 6.2
Per la seconda annualità è previsto il termine di rispetto di giorni 30.

Art. 5.8 – Sconti per numero di aderenti

Al completamento delle procedure di adesione l'Assicuratore provvederà al conteggio di tutte le adesioni che risulteranno regolarmente concluse alla data del 31 dicembre 2014.
Le risultanze di tale conteggio costituiranno la base per l'applicazione dello sconto sul contributo pro capite secondo la seguente tabella:

Numero Nuclei Aderenti	% di sconto
< 500	0%
501 > 1.000	2%
1.001 > 3.000	4%
3.001 > 4.000	7%
4.001 > 6.000	15%
> 6.000	25%

Il saldo del contributo del singolo aderente, da eseguirsi entro il 31 gennaio 2015, verrà computato decurtando il contributo versato all'atto dell'adesione dal contributo risultante dall'applicazione degli sconti previsti nella tabella sopra riportata.

SEZIONE 6 – GESTIONE DELLE INTEGRATIVE

Fermo restando che l'assicurazione vale per le persone designate agli artt. 1.2 e 1.4 e che l'adesione alla formula integrativa deve avvenire entro i primi 2 mesi del primo anno di polizza (31/12/2014), sono possibili ulteriori movimentazioni degli assistiti all'interno della polizza in corrispondenza di particolari eventi documentabili, secondo quanto riportato negli articoli successivi.

Art. 6.1 - Variazioni in corso d'anno dei Titolari di polizza

Sono assicurati i notai – con relativi nuclei familiari - che si iscriveranno alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, con decorrenza dalla data di iscrizione a ruolo; il rateo di contributo relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui al precedente art. 2.9 "Pagamento del contributo" nei limiti degli artt. 310 e 311 del Regolamento DPR n. 207 del 2010.

Sono, altresì, assicurati i dipendenti, e relativi nuclei familiari, assunti durante l'anno a far data dalla data dell'assunzione.

I nuovi nati si considerano inclusi alla data di nascita sempreché sia stata sottoscritta precedentemente la formula integrativa. I figli ricevuti in adozione si considerano inclusi alla data del deposito del provvedimento, sempreché sia stata sottoscritta precedentemente la formula integrativa e la comunicazione d'inserimento sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

Per i matrimoni in corso d'anno, i coniugi si considerano inclusi dalla data risultante dal certificato di matrimonio sempreché si sia sottoscritta precedentemente la formula integrativa e la comunicazione sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza indicata, la copertura decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è pervenuta all'Assicuratore la relativa comunicazione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza dell'Assicurazione, il contributo verrà calcolato con la corresponsione dell'intero contributo annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il contributo verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell'intero contributo annuo.

- Esclusione di nuovi assicurati in corso d'anno: Il venir meno dei requisiti di cui agli artt. 1.2 e 1.4 della sez. 1 non produce effetto ai fini della presente Assicurazione fino alla scadenza dell'anno assicurativo. Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Art. 6.2 – Adesione alla formula integrativa

Entro la data del 31.12.2014 è data facoltà a tutti gli assicurati di cui all'art. 1.2 di aderire al programma sanitario integrativo regolamentato dalla sezione 5.

L'adesione al piano sanitario integrativo consente di estendere le coperture previste alle sezioni 4 e 5 a tutti i componenti del nucleo familiare così come regolamentato dall'art. 1.4.

La decorrenza della copertura assicurativa prevista dal piano sanitario integrativo si intenderà parificata alla decorrenza della copertura di base.

Non sarà previsto, per l'intera durata del presente contratto poter aderire alla formula integrativa in data successiva al 31.12.2014.

L'adesione alla formula integrativa obbliga l'aderente al rinnovo della copertura per l'intera durata del presente contratto.

Per i notai iscritti a ruolo in corso d'anno il termine per l'adesione alla formula integrativa si intende fissato entro 60 giorni dall'iscrizione alla Cassa Nazionale del Notariato.

Il medesimo termine vale anche per i dipendenti assunti in corso d'anno

Art. 6.3 – Decesso dell'assicurato

In caso di decesso dell'assicurato di cui agli artt. 1.2.1 e 1.2.2 le garanzie del piano sanitario integrativo resteranno attive fino alla scadenza annuale e potranno essere rinnovate per l'anno successivo dietro pagamento del relativo contributo annuo.