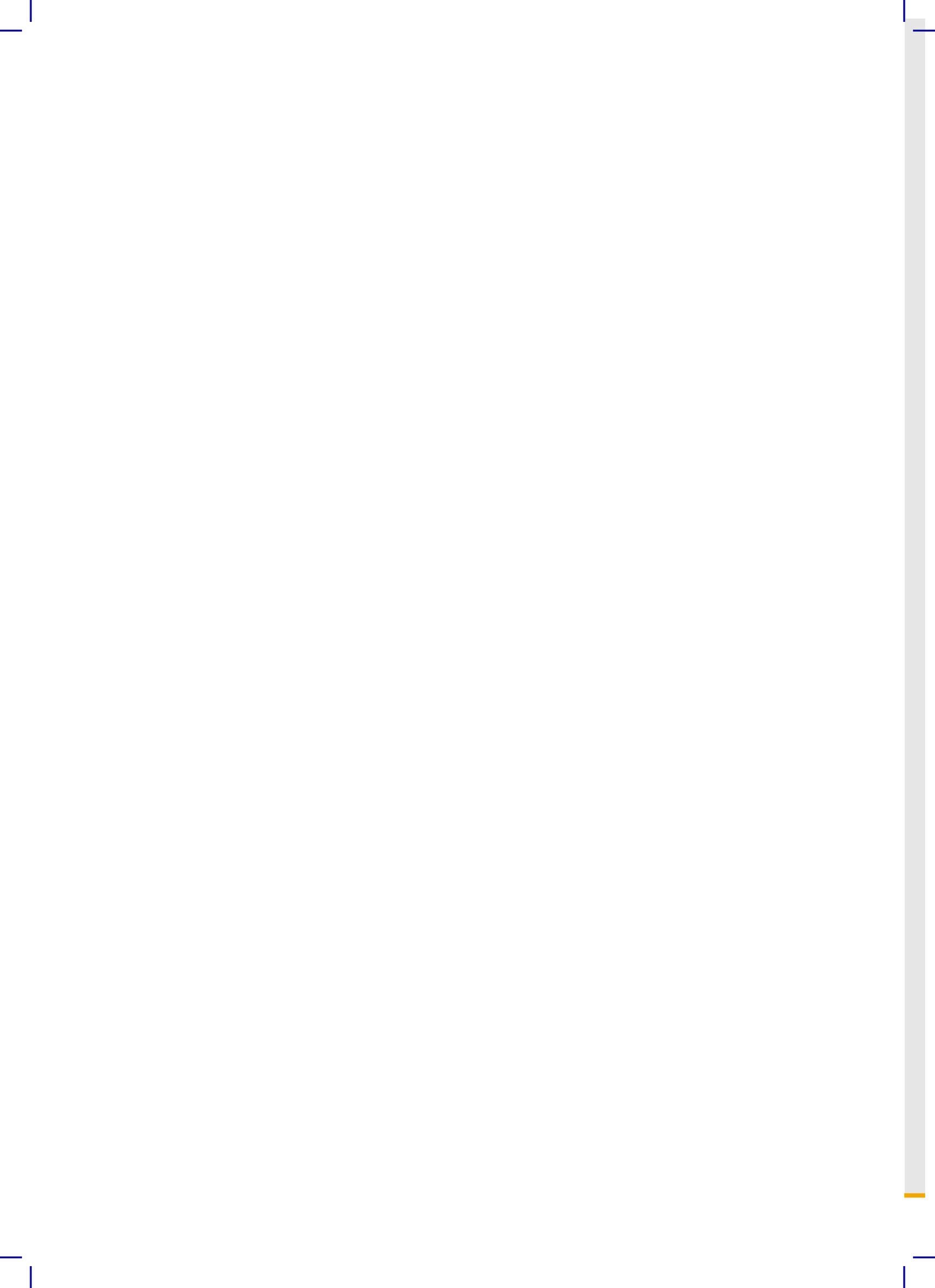




# Convenzione Cassa Nazionale del Notariato Rimborso Spese Mediche.



# INDICE

<b>1. PIANO SANITARIO BASE - GARANZIE "A"</b> .....	pag. 4
<b>2. PIANO SANITARIO INTEGRATIVO - GARANZIA "B"</b> .....	pag. 9
<b>3. GUIDA ALL'ACCESSO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE</b> .....	pag. 14
<b>4. RICHIESTE PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE</b> .....	pag. 18
<b>CGA PIANO SANITARIO BASE</b> .....	pag. 23
<b>DIP BASE</b> .....	pag. 53
<b>DIP AGGIUNTIVO</b> .....	pag. 55
<b>CGA PIANO SANITARIO INTEGRATIVO</b> .....	pag. 59
<b>DIP BASE</b> .....	pag. 83
<b>DIP AGGIUNTIVO</b> .....	pag. 85
<b>MODULO DI ADESIONE</b> .....	pag. 89
<b>MODULO RICHIESTA RIMBORSO</b> .....	pag. 97

# 1. PIANO SANITARIO BASE - GARANZIE "A"

## RICOVERI PER:

### GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

### GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO

### GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE

#### **Massimale annuo: € 400.000,00**

Il massimale di Euro 400.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE

#### **Condizioni di liquidazione:**

- **Diretta:** 100%
- **Rimborso:** -Notai in esercizio: scoperto 10%  
-Notai in pensione: scoperto 10%
- **Forma Mista:** -Costi di struttura: medesime regole previste dalla forma diretta  
-Onorari medici: medesime regole previste per la forma a rimborso
- **Ticket / Trattamento alberghiero all'interno del SSN:** 100%

#### **Spese pre e post ricovero:**

- **Pre ricovero:** 125 gg (100 gg in caso di grave evento morboso)
- **Post ricovero:** 155 gg (180 gg in caso di trapianto, 120 gg in caso di grave evento morboso)

#### **Condizioni di liquidazione delle spese pre e post:**

- **Diretta:** 100%
- **Rimborso:** scoperto 10%
- **Ticket:** 100%

**Accompagnatore:** € 100,00 al giorno per persona, per un periodo massimo di 30 giorni a ricovero/anno

**Assistenza Infermieristica Individuale:** limite annuo di € 3.900,00

**Trasporto assicurato e accompagnatore:** Italia e stati della UE      limite di € 3.000,00 per ricovero  
Resto del mondo      limite di € 6.000,00 per ricovero

Tali massimali sono da intendersi per il Titolare, ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

#### **Acquisto, noleggio e manutenzione apparecchi protesici, terapeutici e sanitari:**

limite annuo di € 5.500,00

Tale massimale è da intendersi per il Titolare, ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

**Cure palliative e terapie del dolore:** limite di € 15.000,00 per evento

**Costi funerari e rimpatrio salma solo in caso di decesso all'estero:** limite annuo di € 10.000,00

**Indennità sostitutiva:**

- € 155,00 al giorno – massimale annuo di 180 giorni /assistito (franchigia due giorni)
- € 50,00 al giorno per ricoveri e Day Hospital pre e post intervento
- Spese pre/post: secondo i limiti temporali previsti e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici e i gravi eventi morbosi"
- Ticket: al 100%

**PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA****Massimale annuo: € 15.000,00**

Il massimale di € 15.000,00 è da intendersi per il Titolare, ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

**Condizioni di liquidazione:**

- **Diretta:** -Notai in esercizio: al 100%  
-Notai in pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione
- **Rimborso:** Notai in esercizio e Notai in Pensione franchigia € 100,00 per prestazione
- **Ticket:** 100%

**MEDICINA PREVENTIVA****Massimale annuo: € 1.000,00**

Il massimale di € 1.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

**Condizioni di liquidazione:**

- **Diretta e Rimborso:** 100% entro il massimale annuo

Prestazioni erogabili solo in forma diretta:

Visita dermatologica con mappature dei nei, sangue occulto nelle feci, pacchetto di analisi di laboratorio generico come da elenco presente nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.7.

*Nota:* Il pacchetto analisi di laboratorio generico deve essere effettuato in un'unica soluzione.

## **CURE ONCOLOGICHE (prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, trattamenti e terapie comprensive di eventuale Day Hospital o ricovero)**

### **Massimale annuo: € 50.000,00**

Il massimale di € 50.000,00 è da intendersi per il Titolare, ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione: **100%** entro il limite annuo di € 50.000,00

*Nota:* in caso di esaurimento del massimale (€ 50.000,00) verranno applicati nell'ordine i massimali e gli scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici ed i gravi eventi morbosi" nonché quelli previsti al piano sanitario integrativo GARANZIE "B" qualora sottoscritto.

## **FOLLOW UP ONCOLOGICO (prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione)**

### **Massimale annuo: € 10.000,00**

Il massimale di Euro 10.000,00 è da intendersi per il Titolare, ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione: **al 100%**

*Nota:* per aver diritto alla copertura è condizione essenziale, alla prima richiesta di rimborso, esibire la tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L. recante il codice specifico per patologia. Non sarà necessario ripresentarla per le successive richieste.

## **COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA**

- Massimale mensile a rimborso: € 250,00 procapite al mese per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della polizza delle spese sostenute come da elenco riportato nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.10.

Condizioni di liquidazione: **al 100%** entro il limite mensile

- Prestazioni di assistenza per non autosufficienza quando l'invalido civile al 100% si trovi in uno stato tale, accertato e definitivo, da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana: la garanzia prevede la fornitura di specifici servizi a domicilio o in rete, all'interno del massimale di Euro 500,00 al mese come da elenco riportato nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.10.

Si precisa che per la parte eccedente il predetto massimale mensile, l'Assistito avrà diritto a richiedere il rimborso ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

Per attivare la copertura delle prestazioni assistenziali previste in caso di non autosufficienza definitiva al 100% con accompagnamento qualora ricorrano le condizioni previste alla lettera b) delle CGA, contattare il Numero Verde Blue Assistance 800.183.433 e selezionare il digit numero 5.

*Nota:* la condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente

di una copia del Verbale della Commissione di prima istanza per invalidità civile da cui risulti che l'assistito è riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento. Inoltre, per le prestazioni di assistenza per non autosufficienza, è necessario che sia allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza redatto su apposito modello fornito dall'assicuratore con compilazione della relazione sulle cause della perdita dell'autosufficienza.

### **INDENNITÀ PER GRAVE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

In caso di IP (Invalidità Permanente) superiore al 66% indennizzo pari al capitale assicurato di Euro 60.000,00.

Condizioni di liquidazione: denuncia da presentare entro 60 gg. dall'infortunio.

*Nota:* garanzia gestita dall'Ufficio Sinistri Complessi Previdenza i cui riferimenti sono presenti alla Sezione numeri utili.

### **ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI**

**Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per spese in area ricovero:**

<b>ESEMPIO RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO / GRAVE EVENTO MORBOSO</b>		
	<b>A</b> in rete (struttura e medici entrambi convenzionati)	<b>B</b> fuori rete (struttura e medici entrambi non convenzionati)
<b>Importo fattura per intervento chirurgico</b>		€ 15.000
<b>Franchigia / Scoperto</b>	Non operante	SCOPERTO: 10%
<b>Rimborso</b>	€ 15.000	€ 13.500

**ESEMPIO RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO /  
GRAVE EVENTO MORBOSO IN FORMA MISTA**

	<b>C</b> Quota in rete (struttura convenzionata)	<b>C</b> Quota fuori rete (equipe medica non convenzionata)
<b>Importo fatture per intervento chirurgico</b>	€ 5.000	€ 10.000
<b>Franchigia / Scoperto</b>	Non operante	SCOPERTO: 10%
<b>Rimborso</b>	€ 5.000	€ 9.000

- **Esempio A:** rimborso di € 15.000 (assenza di scoperti).
- **Esempio B:** rimborso di € 13.500 (ottenuto sottraendo lo scoperto del 10% sul totale richiesto).
- **Esempio C:** rimborso di € 14.000 (di cui € 5.000 in assenza di scoperti relativamente alla quota di fatturazione della struttura e € 9.000 relativo alla quota dell'equipe medica non convenzionata, ottenuta sottraendo al richiesto il 10%).

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'equipe medica non è convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale.

**Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per spese extra ricovero di alta diagnostica:**

**ESEMPIO EXTRA RICOVERO DI ALTA DIAGNOSTICA**

	<b>A</b> in rete (struttura e medici entrambi convenzionati)	<b>B</b> fuori rete (struttura e medici entrambi non convenzionati)
<b>Importo fattura esame di alta diagnostica</b>	€ 250	
<b>Franchigia</b>	Non operante per notai in esercizio	€ 100,00 per notai in esercizio
	€ 50,00 per notai in pensione	€ 100,00 per notai in pensione
<b>Rimborso</b>	€ 250,00 (notai in esercizio)	150,00 (notai in esercizio)
	€ 200,00 (notai in pensione)	€ 150,00 (notai in pensione)

- **Esempio A:** rimborso di € 250 per notai in esercizio, € 200 per notai in pensione (ottenuto sottraendo € 50,00 all'importo della fattura di € 250,00).
- **Esempio B:** rimborso di € 150 per entrambe le categorie (ottenuto sottraendo € 100,00 all'importo della fattura di € 250,00).

## 2. PIANO SANITARIO INTEGRATIVO - GARANZIA "B"

### **Massimale annuo: € 200.000,00**

Tale massimale deve intendersi per l'intero nucleo familiare per tutte quelle garanzie che non sono previste nel Piano Sanitario Base – Garanzie "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**

#### **Condizioni di liquidazione:**

- **Diretta:** al 100%
- **Rimborso:** scoperto 10%
- **Forma Mista:** -costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta  
-onorari medici medesime regole previste per la formula a rimborso
- **Ticket / Trattamento alberghiero:** al 100%

*Nota:* In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% per i notai attivi, del 35% per i notai pensionati

#### **Spese pre e post ricovero:**

- **Pre ricovero:** limite di 90 gg
- **Post ricovero:** limite di 120 gg

#### **Condizioni di liquidazione:**

- **Diretta:** al 100%
- **Rimborso:** scoperto 10%
- **Ticket:** 100%

**Accompagnatore** € 100,00 al giorno – per un periodo massimo di 30 giorni per ricovero/anno

#### **Trasporto assicurato e accompagnatore:**

- Italia e UE limite di € 3.000,00 per ricovero
- Resto del mondo limite di € 6.000,00 per ricovero

#### **Trasporto e Rimpatrio salma:**

- Italia limite di € 2.000,00
- Estero limite annuo di € 5.000,00

#### **Indennità sostitutiva**

- Massimale: 155 Euro al giorno massimo 180 giorni anno/persona
- Nota: in caso di Day Hospital l'importo sarà pari al 50%

#### **Parto**

- Massimale parto spontaneo: € 3.000,00 per evento
- Massimale parto cesareo: € 6.000,00 per evento

#### **Condizioni di liquidazione:**

- **Diretta / Rimborso:** 100%

## **VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE, PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE**

Massimale annuo / nucleo: € 5.000,00

### **Condizioni di liquidazione**

- **Diretta:** - Notai in esercizio: al 100%  
- Notai in pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione
- **Rimborso:** Notai in esercizio/Notai in Pensione: nessuna franchigia
- **Ticket:** 100%

### **PACCHETTO MATERNITÀ**

- Massimale per evento per prestazioni in forma diretta: nessun limite previsto
- Massimale per evento per prestazioni in forma rimborsuale: € 800,00
- Condizioni di liquidazione:
- Diretta/Rimborso: al 100%

In caso di stato di gravidanza debitamente certificato, l'Assicuratore rimborsa le seguenti prestazioni:

- n° 3 ecografie di controllo;
- n° 8 analisi clinico-chimiche;
- n° 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche.

*Nota:* ai fini del rimborso, tutta la documentazione dovrà essere inviata in un'unica soluzione.

## **PROTESI ORTOPEDICHE, APPARECCHI ACUSTICI E AUSILI MEDICI**

Massimale annuo / nucleo: € 3.200,00

### **Condizioni di liquidazione:**

- Diretta / Rimborso: scoperto 20%

*Nota:* Si precisa che sono, altresì rimborsati anche gli ausili medici, ortopedici e le ortesi con un sottolimito di € 600,00.

## **CURE ODONTOIATRICHE**

La garanzia Cure odontoiatriche del Piano sanitario Integrativo come da art. Art.4.5 – lett. E della Sezione 4 GARANZIA "B" – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO opera esclusivamente in rete (pagamento diretto) previa autorizzazione della Centrale Operativa e consente agli assistiti l'accesso agli studi odontoiatrici convenzionati del network di Blue Assistance, permettendo loro di usufruire entro il massimale annuo di € 200.000,00 delle seguenti prestazioni:

- 1. prevenzione odontoiatrica:** visita specialistica e seduta di igiene orale (ablazione tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni), nel limite di un'unica soluzione all'anno per ciascuna persona assicurata, con spesa totalmente a carico di Reale Mutua;
- 2. avulsioni:** estrazioni dentarie, con costo a carico dell'iscritto diversificato a seconda si tratti di estrazione semplice (franchigia fissa € 35,00) o complessa (franchigia fissa € 120,00);
- 3. prestazioni di implantologia:** applicazione di impianti, con costo a carico dell'Assistito di € 800,00 (franchigia fissa) per ciascun impianto;
- 4. pacchetto emergenza odontoiatrica:** cure d'emergenza a seguito di infortunio documentato da certificato di accesso al Pronto Soccorso, nel limite di una volta all'anno per ciascuna persona assicurata, con spesa totalmente a carico di Reale Mutua.

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 72 ore prima dall'inizio del trattamento.

Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro. Blue Assistance provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate. Al momento della conclusione del "Piano di Cure", l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o franchigie e scoperti previsti in polizza).

Per tutte le altre cure dentarie:

- conservativa
- chirurgia
- protesica
- ortognatodonzia
- igiene orale e paradontologia
- diagnostica

la copertura opera sotto forma di "accesso a tariffe in convenzione". Ossia viene garantita agli assistiti la possibilità di godere di vantaggi economici rispetto alla spesa per le medesime prestazioni erogate privatamente dall'odontoiatra, grazie a convenzioni stipulate ad hoc con singoli medici odontoiatri/studi odontoiatrici, capillarmente diffusi sul territorio.

## **COSTI ANNUALI DEL PIANO INTEGRATIVO**

### **"Formula single"**

adesione del solo titolare: contributo annuo lordo € 1.292,70;

### **"Formula family"**

adesione del titolare unitamente al nucleo familiare: contributo annuo lordo € 2.222,70

*Nota:* per ogni figlio non a carico e convivente di età superiore ai 30 anni è previsto un contributo annuo lordo pari a € 995,10.

Si precisa che per nucleo familiare si intende:

- il capo nucleo (iscritto alla Cassa del Notariato come notaio in esercizio/titolare di pensione);
- il coniuge non legalmente separato o, in alternativa, il convivente more uxorio e l'unito civilmente;
- i figli (conviventi e non) fiscalmente a carico (senza limite di età);
- i figli (conviventi) non fiscalmente a carico fino ai 30 anni.

Sono comunque compresi i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

## ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI

### Esempio di applicazione di franchigia/scoperto in area Ricovero:

RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	Scoperto 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 4.500

ESEMPIO RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO IN FORMA MISTA		
	C Quota in rete (struttura convenzionata)	C Quota fuori rete (equipe medica non convenzionata)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	€ 10.000
Franchigia / Scoperto	Non operante	Scoperto 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 9.000

- **Esempio A:** rimborso di € 5.000 (assenza di scoperti).
- **Esempio B:** rimborso di € 4.500 (ottenuto sottraendo lo scoperto del 10% sul totale richiesto).
- **Esempio C:** rimborso di € 14.000 (di cui € 5.000 in assenza di scoperti relativamente alla quota di fatturazione della struttura e 9.000 relativo alla quota dell'equipe medica non convenzionata, ottenuta sottraendo il 10%)

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'equipe medica non è convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale.

**Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per intervento in regime di day hospital o ambulatoriale:**

<b>ESEMPIO INTERVENTO IN REGIME DI DAY HOSPITAL O AMBULATORIALE</b>		
	<b>A</b> in rete (struttura e medici convenzionati)	<b>B</b> fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
<b>Importo fattura per intervento chirurgico</b>	€ 2.000	
<b>Franchigia / Scoperto</b>	Non operante	Notai in esercizio scoperto 30% Notai in pensione scoperto 35%
<b>Rimborso</b>	€ 2000 (notai in esercizio)	€ 1.400 (notai in esercizio)
	€ 2000 (notai in pensione)	€ 1.300 (notai in pensione)

- **Esempio A:** rimborso di € 2.000 (nessuna franchigia o scoperto applicato).
- **Esempio B notaio in esercizio:** rimborso di € 1.400 (ottenuto sottraendo € 600, ovvero il 30%, all'importo di € 2.000).
- **Esempio B notaio in pensione:** rimborso di € 1.300 (ottenuto sottraendo € 700, ovvero il 35%, all'importo di € 2.000).

**Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per visite specialistiche – diagnostica corrente – prestazioni terapeutiche e fisioterapiche:**

<b>ESEMPIO EXTRARICOVERO</b>		
	<b>A</b> in rete (struttura e medici convenzionati)	<b>B</b> fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
<b>Importo fattura esame/visita extraricovero</b>	€ 120	
<b>Franchigia / Scoperto</b>	Non operante per i notai in esercizio	Non operante per i notai in esercizio
	€ 50,00 per notai in pensione	Non operante per i notai in pensione
<b>Rimborso</b>	€ 120,00 per i notai in esercizio	€ 120,00 per i notai in esercizio
	€ 70,00 per i notai in pensione	€ 120,00 per i notai in pensione

- **Esempio A:** rimborso di € 120 per notai in esercizio, € 70 per notai in pensione (ottenuto sottraendo € 50,00 all'importo della fattura di € 120,00).
- **Esempio B:** rimborso di € 120 per entrambe le categorie.

## 3. GUIDA ALL'ACCESSO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni sanitarie.

### AREA RISERVATA SUL SITO DI BLUE ASSISTANCE

L'accesso all'area dedicata permetterà di:

- consultare le informazioni relative alle prestazioni garantite dal piano sanitario;
- cercare una Struttura Sanitaria o un Medico Convenzionato, interrogando il sistema per chiave geografica, branca specialistica o nome dello specialista ed eventualmente richiedere la prestazione in forma diretta;
- essere aggiornato sullo stato delle pratiche presentate, con il massimo livello di dettaglio, anche sulla loro liquidazione;
- richiedere un rimborso online;
- richiedere una prestazione in forma diretta online senza necessità di contattare preventivamente la Centrale Operativa;
- stampare un Voucher per l'accesso a tariffe preferenziali presso il Network Blue Assistance, da utilizzare esclusivamente in caso di prestazioni non previste dal Piano Sanitario o per esaurimento dei massimali.

### COME REGISTRARSI

Per accedere all'area riservata di Blue Assistance è necessario effettuare una registrazione seguendo la procedura di seguito riportata.

Al primo accesso al sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it), raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato, cliccare sul pulsante **Registrazione** e successivamente sul pulsante **Registrati** per l'Area Riservata.

25 ANNI BLUE ASSISTANCE

CHI SIAMO LA NOSTRA OFFERTA FAQ CONTATTI DOVE SIAMO MYNET.BLUE NETWORK

AREA RISERVATA

Registrazione

Registrati per l'Area Riservata

Hai dimenticato la username?

Hai dimenticato la password?

Problemi di registrazione?

SEMPRE SERENO. SOTTO IL CIELO BLUE.

UNA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI NON SI PREOCCUPA PIU' DEI SINISTRI MALATTIA

UN'AGENZIA SEGUE PASSO PASSO IL SINISTRO DEL SUO CLIENTE PIU' IMPORTANTE

UN DIRETTORE HA ACCONTENTATO CON UNA SOLA MOSSA UN'AZIENDA E 2.000 DIPENDENTI

UNA CASSA SANITARIA HA FATTO SORRIDERE UN'INTERA REGIONE

LUCA ROSSI NON HA PIU' PAURA DI ANDARE DAL DENTISTA

SCOPRI COSA HANNO SCELTO

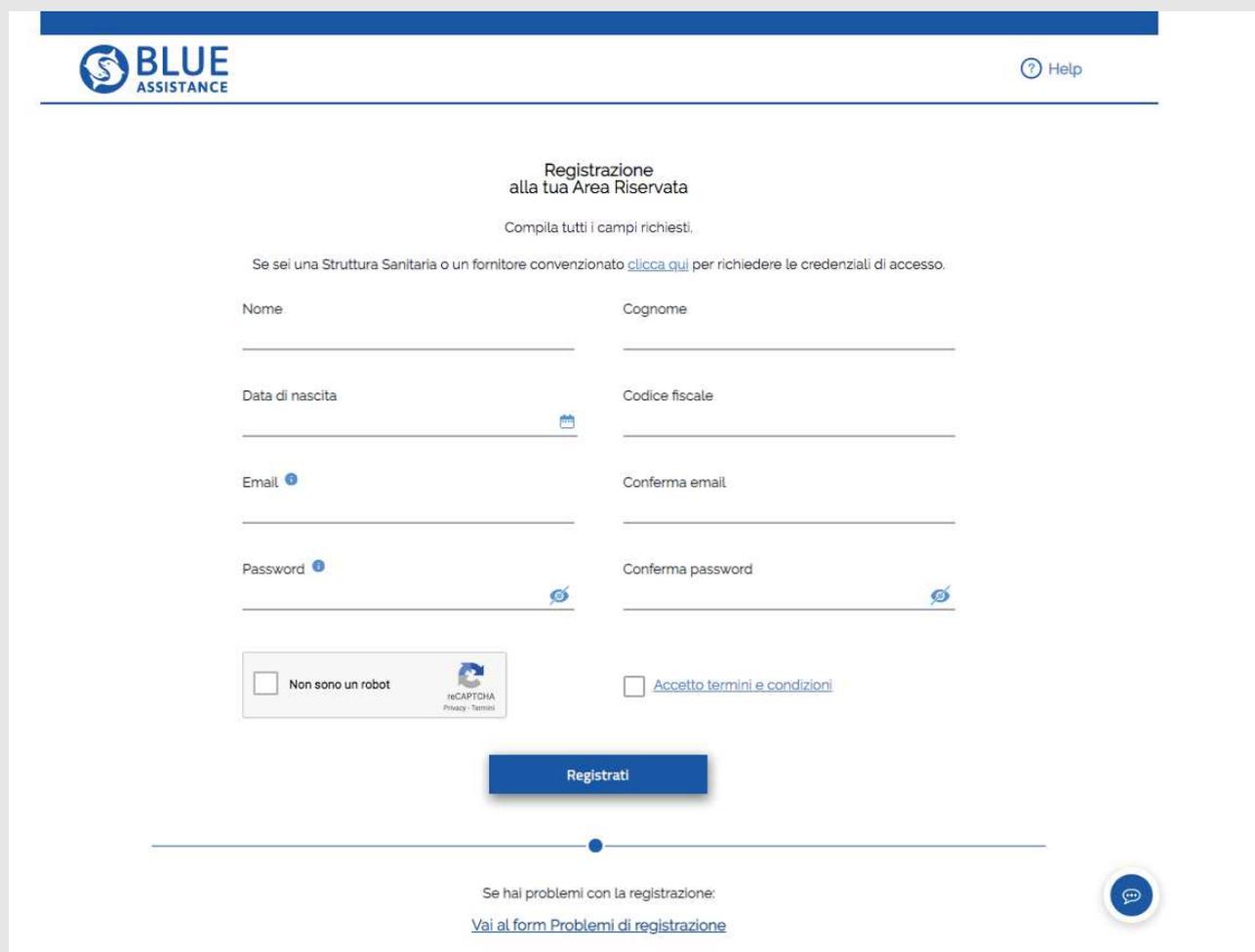
ASSICURAZIONI E RETI AGENZIALI

PICCOLE E MEDIE IMPRESE

SANITÀ INTEGRATIVA E DI CATEGORIA

PERSONE E FAMIGLIE

Il form di richiesta va compilato con i propri dati personali e con l'indirizzo mail che corrisponderà allo **Username** per effettuare l'accesso alla propria Area Riservata.  
Una volta terminata la fase di compilazione, **clickare sul pulsante Registrati**.



The screenshot shows the registration page for BLUE ASSISTANCE. At the top left is the logo with a blue circle containing a white 'S' and the text 'BLUE ASSISTANCE'. At the top right is a 'Help' link with a question mark icon. The main heading is 'Registrazione alla tua Area Riservata' with the instruction 'Compila tutti i campi richiesti.' Below this, there is a note: 'Se sei una Struttura Sanitaria o un fornitore convenzionato [clicca qui](#) per richiedere le credenziali di accesso.' The form consists of several input fields: 'Nome' and 'Cognome' (text), 'Data di nascita' (calendar icon), 'Codice fiscale' (text), 'Email' (with an eye icon) and 'Conferma email' (text), 'Password' (with an eye icon) and 'Conferma password' (with an eye icon). At the bottom left is a reCAPTCHA checkbox labeled 'Non sono un robot' and at the bottom right is another checkbox labeled 'Accetto termini e condizioni'. A large blue 'Registrati' button is centered below the form. At the very bottom, there is a link: 'Se hai problemi con la registrazione: [Vai al form Problemi di registrazione](#)' and a circular chat icon on the right.

Verrà inviata una mail automatica all'indirizzo e-mail inserito in fase di registrazione contenente il link per confermare ed attivare l'utenza.

**Clickare quindi sul link** contenuto nella mail.



## Registrazione alla tua Area Riservata

✓ Complimenti

**Registrazione avvenuta con successo**  
Ora potrai accedere a tutti i nostri servizi

Login

Cliccare sul pulsante **Login** per effettuare l'accesso con le credenziali inserite in fase di registrazione



## Accedi alla tua Area Riservata

Username

Password

Accedi

[Non sei registrato? Clicca qui](#)

[Hai dimenticato la username?](#)

[Hai dimenticato la password?](#)

Lo stesso form è accessibile dal sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) cliccando sul pulsante Area Riservata.

Per eventuali problemi in fase di registrazione invitiamo a compilare il form **"Problemi di Registrazione?"**. Oppure sul link **"HELP"**.

25 ANNI BLUE ASSISTANCE

CHI SIAMO LA NOSTRA OFFERTA MYNET.BLUE NETWORK

AREA RISERVATA

Registrazione

Registrati per l'Area Riservata

Hai dimenticato la username?

Hai dimenticato la password?

Problemi di registrazione?

SEMPRE SERENO. SOTTO IL CIELO BLUE.

UNA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI NON SI PREOCCUPA PIU' DEI SINISTRI MALATTIA

UN'AGENZIA SEGUE PASSO PASSO IL SINISTRO DEL SUO CLIENTE PIU' IMPORTANTE

UN DIRETTORE HA ACCONTENTATO CON UNA SOLA MOSSA UN'AZIENDA E 2.000 DIPENDENTI

UNA CASSA SANITARIA HA FATTO SORRIDERE UN'INTERA REGIONE

LUCA ROSSI NON HA PIU' PAURA DI ANDARE DAL DENTISTA

SCOPRI COSA HANNO SCELTO

ASSICURAZIONI E RETI AGENZIALI

PICCOLE E MEDIE IMPRESE

SANITÀ INTEGRATIVA E DI CATEGORIA

PERSONE E FAMIGLIE

BLUE ASSISTANCE

Help

## Registrazione alla tua Area Riservata

Compila tutti i campi richiesti.

Se sei una Struttura Sanitaria o un fornitore convenzionato [clicca qui](#) per richiedere le credenziali di accesso.

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

## 4. RICHIESTE PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

### CONVENZIONAMENTO DIRETTO

È possibile richiedere una prestazione in forma diretta con le seguenti modalità:



**Online** sull'Area Riservata Blue Assistance (valida per tutte le prestazioni di Ricovero ed Extraricovero)

Attraverso l'Area Riservata di Blue Assistance, raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato, è possibile richiedere l'attivazione in forma diretta in Strutture Sanitarie Convenzionate.

Per poter richiedere una prestazione in forma Diretta occorrerà aver già prenotato presso la struttura prescelta; la richiesta dovrà essere effettuata, almeno 3 giorni lavorativi (72h) prima della prestazione, direttamente dall'Area Riservata compilando il relativo form.

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Entro il termine massimo di 24 ore dalla prestazione l'Assistito riceverà una e-mail con la conferma della presa in carico della prestazione.



**Tramite Centrale Operativa** (valida per tutte le prestazioni di Ricovero ed Extraricovero)

Laddove l'Assistito preferisca richiedere l'attivazione in forma diretta telefonicamente deve preventivamente prendere contatto con la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi (72h) dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando:

- 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.

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 3 giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla. Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.



**La Centrale Operativa di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:**

- **dalle ore 9 alle ore 19.30 dal lunedì al venerdì**, per la presa in carico di prestazioni in forma diretta in strutture sanitarie e con medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni per la scelta della struttura e dei medici più idonei;
- **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**, per prestazioni di assistenza alla persona e per consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.
- **Dall'Italia:** Numero verde 800.183.433
- **Dall'estero:** Prefisso internazionale +39 011.741.7419
- **Area Riservata:** [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it)

Si rimanda alla SEZIONE 3 punto a) delle condizioni di polizza per maggiori dettagli sulle modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate e al punto b) per maggiori dettagli sulle prestazioni in strutture sanitarie convenzionate, ma con equipe medica non convenzionata (convenzionamento misto).

#### **Cure odontoiatriche (solo per piano integrativo)**

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 72 ore prima dall'inizio del trattamento.

N.B. Al fine di poter richiedere una presa in carico di una prestazione in rete, l'Assicurato titolare del solo Piano Base, al primo accesso al portale di Blue Assistance viene rimandato ad una pagina denominata "Raccolta Privacy", nella quale in fase di download, deve dichiarare preventivamente di aver preso atto dell'Informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che lo riguardano, in maniera funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare.

La suddetta documentazione una volta stampata e sottoscritta deve essere caricata a mezzo portale. Solamente una volta portato a compimento il processo di caricamento, si potranno utilizzare le funzioni dispositive.

## RICHIESTE DI RIMBORSO



### **ONLINE sull'Area Riservata Blue Assistance**

Per chiedere il rimborso delle spese sostenute accedere all'apposita funzione presente nell'Area Riservata del portale di Blue Assistance - [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it), raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato.

Gli step per l'inserimento della domanda di rimborso sono i seguenti:

- selezione dell'Assicurato che ha eseguito la prestazione
- inserimento dei propri dati bancari
- caricamento dei dati per ciascuna fattura di spesa
- upload di ciascuna fattura e della documentazione medica richiesta.

Alla chiusura della pratica di richiesta di rimborso, l'Assistito riceverà via email il prospetto liquidativo con il dettaglio delle somme rimborsate.

È possibile monitorare lo stato di avanzamento dei documenti trasmessi direttamente sul portale.

Laddove **Blue Assistance** abbia necessità di ulteriore documentazione ai fini della valutazione della pratica, verrà inviata una mail all'Assistito con la richiesta.

La documentazione integrativa sarà possibile trasmetterla sempre attraverso il portale recuperando la precedente richiesta inizialmente caricata.

Qualora fosse necessario inviare dei documenti cartacei perché per esempio troppo voluminosi (tipo cartella clinica) è possibile procedere tramite portale compilando e stampando il modulo di richiesta rimborso che, una volta sottoscritto, dovrà essere trasmesso insieme ai documenti.

Per i dettagli sulla documentazione medica e di spesa da presentare si rimanda alla Sezione 3 punto c) delle condizioni di polizza.

Il rimborso viene effettuato tramite bonifico bancario sulle coordinate (IBAN) inserite nel portale di Blue Assistance.



### **Modalità Cartacea con posta tradizionale**

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sulla propria Area Riservata compilandolo in ogni sua parte ed allegando fotocopia della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**Blue Assistance S.p.A. – c.a. Ufficio Liquidazione Danni**  
**Via Santa Maria, 11 - 10122 – Torino (TO)**

N.B. Al fine di poter richiedere un rimborso, l'Assicurato titolare del solo Piano Base, al primo accesso al portale di Blue Assistance viene rimandato ad una pagina denominata "Raccolta Privacy", nella quale in fase di download, deve dichiarare preventivamente di aver preso atto dell'Informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che lo riguardano, in maniera funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare.

La suddetta documentazione una volta stampata e sottoscritta deve essere caricata a mezzo portale.

Solamente una volta portato a compimento il processo di caricamento, si potranno utilizzare le funzioni dispositive.

## ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ADESIONE ONLINE ALLA COPERTURA SANITARIA

Reale Mutua Assicurazioni sempre pronta e attenta ad adottare modelli di comportamento innovativi al passo con le esigenze dei suoi Assistiti ed a privilegiare la qualità dei processi informatici con l'utilizzo di strumenti di miglioramento, è lieta di presentarvi le novità del nuovo Modulo di Adesione online per la polizza sanitaria della Cassa Nazionale del Notariato.

Da oggi in poi tutti gli Assistiti navigando sul sito della Cassa Nazionale del Notariato nella pagina dedicata alla copertura sanitaria, avranno la possibilità di ottenere preziose informazioni, funzionalità e servizi con una migliore e facile fruizione, nonché consultare la rete sanitaria convenzionata.

La modalità di adesione al Piano Integrativo, per sé e per il proprio nucleo familiare, della polizza sanitaria, si può riassumere nei seguenti passaggi:

- 1** ▪ **Accesso al sito [www.cassanotariato.it](http://www.cassanotariato.it)**, recandosi nella sezione "ASSISTENZA"
- 2** ▪ **Sezione copertura sanitaria:** selezionare la sezione riguardante la copertura sanitaria integrativa e cliccare il link "Modulo di Adesione"
- 3** ▪ **Compilazione del Modulo online:** compilare il modulo informatizzato preposto in ogni campo obbligatorio (contrassegnato dal simbolo \*)
- 4** ▪ **Salvare la richiesta:** una volta completata la compilazione, salvare la richiesta attraverso l'apposito pulsante presente all'interno del modulo informatizzato; automaticamente il sistema in caso di compilazione corretta, genererà un primo messaggio istantaneo di esito positivo alla richiesta
- 5** ▪ **Ricezione documenti a mezzo mail:** l'Isritto riceverà una mail contenente tutta la documentazione precompilata digitalmente in pdf, ai sensi della vigente normativa Ivass
- 6** ▪ **Stampa, Firma e Invio della Documentazione:** stampare e firmare negli appositi spazi indicati la documentazione ricevuta ed inviarla all'indirizzo e-mail [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)
- 7** ▪ **Conferma della copertura:** l'Isritto riceverà, una volta esaminata la richiesta e nei tempi tecnici utili, una mail definitiva di avvenuta conferma di copertura

### Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679

**1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere obblighi di legge.

**2. Base giuridica del trattamento** - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

**3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

**4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute di cui all'art. 9 del Regolamento, potranno, infine, essere comunicati al contraente della polizza assicurativa, di cui l'interessato è beneficiario, per darvi esecuzione. I dati personali acquisiti non saranno, in ogni caso, soggetti a diffusione.

**5. Trasferimento dei dati all'estero** - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

**6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento)** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it). Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei Suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: [dpo@realemutua.it](mailto:dpo@realemutua.it).

**7. Titolare del trattamento** - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

NOME E COGNOME

\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INTERESSATO

\_\_\_\_\_

# CONVENZIONE

tra

**Reale Mutua di Assicurazioni**

e

**Cassa Nazionale del Notariato**

per

**la stipula in forma collettiva di una copertura**

**Rimborso Spese Mediche**

**Piano Sanitario Base**

a favore dei notai in esercizio e dei titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato con possibilità di estensione al nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati.

Tra la

**spett. REALE MUTUA di ASSICURAZIONI**

**Via Corte d'Appello, 11**

**10122 Torino (TO)**

**P. IVA 00875360018**

e

**La Spett. Cassa Nazionale del Notariato - Previass II**

**P.IVA: 80052310580**

Si stipula la presente

**Convenzione Rimborso Spese Mediche**

**Decorrenza:**

dalle ore 00:00 del 01/11/2019

**Scadenza:**

alle ore 24:00 del 31/10/2022

# CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

**VIENE STIPULATA LA PRESENTE CONVENZIONE**

## INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### 1. Informazioni generali

- a) Società Reale Mutua di Assicurazioni - forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
- c) Recapito telefonico: +39 011 43111111 - fax +39 011 4350966 - Sito internet: [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it).  
E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it) - Posta Elettronica Certificata (PEC): [realemutua@pec.realemutua.it](mailto:realemutua@pec.realemutua.it)
- d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.084 milioni di Euro di cui 60 milioni di Euro relativi al fondo di garanzia, e 2.024 milioni di Euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibili al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.  
Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 859,5 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 386,8 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.186,2 milioni di Euro;
- solvency ratio: 370,7%.

## INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it).

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano, che provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l'esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l'Autorità giudiziaria potrà:

rivolgersi all'IVASS, ai seguenti contatti:

- pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta – accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie. Resta salva, in ogni caso, la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.Europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

### **Arbitrato**

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Reale Mutua di Assicurazioni è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Convenzione.

### **PREMESSA**

La Compagnia di Assicurazione Reale Mutua (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 con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati e la Cassa Sanitaria Previass II (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 e con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati (in seguito denominati Assistiti) 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 Previass II 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 1.5 della Sezione 1 del presente contratto, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

### **Procedura attuativa**

Sulla base delle prescrizioni previste nel presente contratto, 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'Assistito.

**Anno assicurativo** Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza, quindi dalle ore 00.00 del giorno 01/11 fino alle ore 24.00 del giorno 31/10.

**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.

**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 e da personale medico convenzionato 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 o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.

**Assistenza Infermieristica** L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.

**Assistito** La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

**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.

**Categorie assicurate** L'assicurazione è prestata a favore di: notai in esercizio, notai in pensione, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, nonché dei relativi familiari (in caso di estensione al Piano Sanitario Integrativo) come identificati nella definizione di nucleo familiare.

**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'Assistito che voglia accedere agli stessi.

**Certificato di Assicurazione** Il documento rilasciato dall'Assicuratore che riporta gli elementi principali (decorrenza/scadenza della polizza, il contributo, i soggetti assicurati, ecc.) del Piano Sanitario Base.

**Contraente** Cassa Nazionale del Notariato e Cassa di Assistenza che stipulano la polizza per conto altrui.

**Contributo** La somma dovuta alla Cassa di Assistenza per l'attivazione della copertura sanitaria.

**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.

**Follow up oncologico** Il follow-up è l'insieme delle prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia. Per aver diritto al rimborso delle prestazioni oggetto della garanzia di polizza l'iscritto dovrà produrre la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali (048).

**Franchigia** Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assistito è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assistito.

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'Assistito.

**Grandi Interventi** Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

**Gravi Eventi Morbosi** Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

**Indennità Sostitutiva** L'importo giornaliero erogato dall'Assicuratore che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso di spese per 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).

**Indennizzo** La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

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

**Intervento Chirurgico** Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

**Intervento Chirurgico Ambulatoriale** Prestazioni chirurgiche, senza degenza, anche comportanti suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.

**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'Assistito 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 inclusi 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'Assistito, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

**Network** Rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere Scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici specialisti e Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet dell'Assicuratore.

**Nucleo Familiare** Si intende: il Capo nucleo/titolare del Piano Sanitario, il coniuge (non legalmente separato), parte di unione civile o il convivente more uxorio, i figli (conviventi e non) per i quali si verificano le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico (art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97), 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. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

I figli conviventi, non a carico, con età superiore ai 30 anni non rientrano nel novero di nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alle due coperture (Base + Integrativa Single) previo versamento del 50% del contributo complessivo previsto.

**Polizza** Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio** Somma dovuta dalla Cassa di Assistenza alla Compagnia a corrispettivo dell'assicurazione.

**Preso in carico** Documento trasmesso dalla Centrale Operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.

**Ricovero** Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento in reparto, documentato da una cartella clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Rischio** La probabilità che si verifichi un sinistro.

**Scoperto** La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.

**Sinistro** Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Trattamenti Fisioterapici** Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate non necessariamente presso Centri Medici, tese al recupero, delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio.

**Visita specialistica** Visita effettuata da medico specialista. Qualora nell'ambito di una visita specialistica vengano effettuati test ed esami finalizzati alla diagnosi, questi verranno considerati tutt'uno con la visita e, pertanto, unica prestazione.

# SEZIONE 1. OGGETTO ED ASSISTITI DELLA COPERTURA SANITARIA

## **Art. 1.1 – Oggetto della copertura**

Oggetto della presente polizza è la copertura 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 di malattia, infortunio e parto, nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti e dalle apposite sezioni 4 e 5.

## **Art. 1.2 – Assistiti**

Soggetti Assistiti collettivamente dal Piano Sanitario Base.

Le garanzie del Piano Sanitario Base di cui alla presente polizza sono prestate in forma collettiva a favore dei notai in esercizio, notai in pensione e altri titolari di pensione notarile.

I soggetti di cui sopra sono titolari di copertura sanitaria.

## **Art. 1.3 – Variazioni degli Assistiti in corso d'anno assicurativo**

### **A) Notaio in esercizio che diventi pensionato**

Il notaio in esercizio che diventi pensionato nel corso dell'annualità assicurativa, continuerà a godere della copertura sanitaria come se fosse in esercizio, sino alla scadenza della stessa (31/10). A decorrere dall'annualità successiva usufruirà della copertura sanitaria prevista per i titolari di pensione.

### **B) Familiare che diventi titolare di pensione notarile**

**B.1** Qualora un Assistito che usufruisca di sola copertura sanitaria Base deceda in corso d'anno, il familiare (coniuge, unito civilmente o figlio) che diventi titolare di pensione notarile avrà autonoma copertura sanitaria Base a decorrere dalla data di pensionamento con possibilità di adesione al Piano Sanitario integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg a decorrere dalla data del protocollo della comunicazione di attivazione del Piano Sanitario Base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato al nuovo titolare).

**B.2** Qualora un Assistito che usufruisca di copertura sanitaria Base ed Integrativa Family deceda in corso d'anno, il familiare (coniuge, unito civilmente o figlio) che diventi titolare di pensione notarile manterrà la copertura attivata dal defunto fino alla scadenza dell'anno assicurativo diventando automaticamente titolare del Piano Base a decorrere dall'annualità assicurativa successiva con possibilità di adesione/ riconferma al Piano Sanitario Integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa, 01/11).

### **C) Notai di nuova nomina**

Il notaio di nuova nomina che si iscriva alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso dell'annualità assicurativa, avrà autonoma copertura sanitaria Base come titolare a decorrere dalla data di iscrizione a ruolo con possibilità di adesione al Piano Sanitario Integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg dalla data di protocollo della comunicazione di attivazione del Piano Sanitario Base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato).

Qualora il nuovo iscritto fosse, egli stesso, figlio di notaio o di pensionato, con estensione al Piano Integrativo, continuerà a godere della copertura già attivata fino alla scadenza dell'annualità assicurativa (31.10) e a decorrere dall'annualità successiva avrà autonoma copertura sanitaria Base come Notaio con possibilità di adesione al Piano Sanitario Integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa, 01/11).

#### **D) Decesso del titolare di copertura sanitaria**

In caso di decesso dell'Assistito di cui all'art 1.2, i componenti del nucleo familiare estesi in copertura come beneficiari, continueranno a godere della copertura fino allo scadere dell'anno assicurativo. Al di fuori dei casi previsti alla lettera B e C del presente articolo, non sarà possibile rinnovare la copertura per le annualità successive.

#### **Art. 1.4 – Limiti di età**

Non è previsto alcun limite di età.

#### **Art. 1.5 – Nucleo Familiare**

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere, e dai figli fiscalmente a carico (per i quali si verifichino le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico previsto dall'art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97) conviventi e non conviventi.

Sono altresì inclusi nel nucleo familiare 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.

Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

I figli conviventi, non a carico con età non superiore a 30 anni rientrano nel novero di nucleo familiare. I figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni che risultino conviventi, non sono ricompresi nel nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "Base + Integrativa Single" previo versamento del 50% del contributo complessivo previsto.

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'Assistito 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 - Ambito di applicazione**

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui ai successivi Artt. 4.4 "Prestazioni", è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/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. 2.4 – Rischi esclusi dall'assicurazione**

L'assicurazione non è operante per:

- 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 derivanti e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- 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 alle coperture per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- 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'Assistito attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- 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;

- i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.);
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

#### **Art. 2.5 – Oneri fiscali**

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

#### **Art. 2.6 – 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'Assistito 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. 2.7 – Clausola broker**

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

#### **Art. 2.8 – 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.

#### **Art. 2.9 – 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. 2.10 – Pagamento del contributo**

##### **Contributo Base**

Si conviene che il contributo annuale dovuto alla Cassa di Assistenza Sanitaria, per la copertura sanitaria Base 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 e titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato.

Per tutte le entrate previste dalla sezione 1 art. 1.3, avvenute nel primo semestre di decorrenza del Piano Sanitario, 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.

Il rateo di contributo relativo verrà pagato all'atto del congruaggio finale nei limiti degli artt. 310 e 311 del Regolamento DPR n. 207 del 2010.

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 Assistiti 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'emissione dell'atto contabile. La Cassa Nazionale del Notariato si impegna a pagare tali regolazioni entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto contabile.

#### **Art. 2.11 – Effetto e durata dell'assicurazione**

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui all'art. 1.2 che precede, ha durata triennale

dalle ore 00.00 del giorno 01/11/2019 alle ore 24:00 del 31/10/2022. 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 alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, nei limiti sanciti dal D.lgs. n. 50/2016, su richiesta della Cassa Nazionale del Notariato, per una durata strettamente necessaria alla conclusione del procedimento di gara volto alla stipula del nuovo contratto.

Si applica l'art. 109 del D.lgs. n. 50/2016.

## **Art. 2.12 – Oneri a carico dell'Assicuratore**

**2.12.1** 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.

**2.12.2** Nell'esecuzione del Servizio, salvo quanto già previsto nella presente polizza e quant'altro si renderà necessario in relazione alle esigenze operative derivanti in particolare dalla prestazione del Servizio, l'Assicuratore si obbliga 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 contenute nel presente contratto. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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.

**2.12.3** L'Assicuratore, per quanto di sua competenza, si obbliga 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 svolgimento di tali verifiche.

**2.12.4** 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. 2.13 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza**

**1.** L'Assicuratore si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana. Esso si obbliga a fornire supporto e assistenza agli Assistiti 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.

Fermo restando che sul sito della Cassa Nazionale del Notariato ([www.cassanotariato.it](http://www.cassanotariato.it)) sarà possibile trovare informazioni sulla copertura sanitaria, l'Assicuratore fornirà supporto agli Assistiti nell'istruzione delle pratiche di rimborso, informazioni sul Piano Sanitario ed attivazione dello stesso attraverso una Centrale Operativa dotata di un call center dedicato, con numero verde gratuito, in cui siano operativi contemporaneamente almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante presenza di almeno tre medici. Per le chiamate dall'estero sarà predisposto un numero dedicato fisso.

Il numero verde dedicato presenta le seguenti caratteristiche:

- essere dedicato esclusivamente alla polizza oggetto del presente appalto;
- essere operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.30;
- consentire di parlare con un operatore dopo una sola scelta multipla che consenta di individuare l'area di interesse, ed entro un tempo di attesa massima di 4 minuti;
- in caso di intenso traffico, effettuare la richiamata entro il termine massimo di n. 4 ore.

L'Assicuratore si impegna altresì, in caso di richiesta di prestazioni sanitarie presso strutture convenzionate con presa in carico diretta a dare riscontro, per il tramite della Centrale Operativa, positivo o negativo all'Assistito, entro il termine massimo di un giorno lavorativo (24 H) dalla prestazione.

2. Entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore si obbliga, a proprie spese, a stampare una Guida all' Assistenza Sanitaria 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 contratto. 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 Assistiti sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

In caso di integrazione e/o modifica della copertura intervenuta nel periodo contrattuale l'Assicuratore provvederà a proprie spese ad aggiornare la Guida mediante stampa di un opuscolo ad hoc.

La Guida verrà essere spedita a tutti gli associati, a cura dell'Assicuratore, entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione 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 decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore provvederà, altresì a rendere disponibile un portale web dedicato (accessibile tramite link presente nel sito della Cassa Nazionale del Notariato) che consenta all'Assistito di:

- visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa ai piani sanitari;
- visionare le strutture convenzionate;
- accedere alla propria area riservata con apposite credenziali.

Quanto sopra a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Inoltre, la Cassa Nazionale del Notariato ed il Broker dovranno avere apposite credenziali per accedere ad un'area riservata per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello

stato di lavorazione, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”).

4. 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 e al Broker, 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:

Tipologia di Assistito a cui è imputato il sinistro (notaio in esercizio, titolare di pensione, 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 di garanzia e per prestazioni come da specifica del capitolato;
- la tipologia di rimborso (se rimborso diretto o indiretto);
- l'indicazione di età e sesso dell'Assistito;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

a) importo richiesto a rimborso pari a € \_\_\_\_\_;

b) sinistro chiuso senza seguito;

c) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;

d) 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 importo richiesto a rimborso e non corrisposto, 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.

Ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla Cassa Nazionale del Notariato dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

5. Al termine di ogni annualità assicurativa, entro i 30 giorni solari successivi al termine di mora per le adesioni, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al Broker l'elenco aggiornato degli Assistiti.

Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare:

- Cognome e nome dell'Assistito;
- Codice fiscale dell'Assistito;
- Indicazione dell'opzione acquistata (Base – Base + Integrativa Single – Base + Integrativa nucleo);
- Numero dei familiari;
- Data di decorrenza della copertura.

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

#### **Art. 2.14 – Modifica delle condizioni di assicurazione**

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente Contratto potrà essere introdotta e/o imposta dall'Assicuratore fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

#### **Art. 2.15 – 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. 2.16 – Mediazione**

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 2.15 "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'Assistito ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell'Organismo di mediazione scelto.

#### **Art. 2.17 – Foro competente**

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti art. 2.15 "Commissione paritetica" e 2.16 "Mediazione" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'Assistito.

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

#### **Art. 2.18 – Interpretazione delle garanzie di polizza**

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

#### **Art. 2.19 – Tutela della Privacy**

L'Assicuratore e la Cassa di Assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR") in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assistiti. A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando la Cassa Nazionale del Notariato a tutti gli effetti.

#### **Art. 2.20 – Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 2.21 – Anticipi**

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, l'Assistito 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 del 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'Assistito è tenuto a trasmettere all'Assicuratore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

## SEZIONE 3. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

### **a) Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con l'Assicuratore – Convenzionamento diretto**

#### **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'Assistito 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 con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi (72 H) dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando o trasmettendo via email/fax oppure tramite la procedura online:

- 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.

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 3 giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla. Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

Nel caso in cui la Centrale Operativa invii comunicazione di diniego, dovrà esporre i motivi di natura amministrativa e/o medico assicurativa per cui la pratica in carico è negata o per la quale dovrà essere fornita ulteriore documentazione.

Qualora la presa in carico sia parziale, ovvero riguardi solo una parte delle prestazioni richieste (esempio analisi di laboratorio), la Centrale Operativa deve precisare quali siano le prestazioni prese in carico e quali quelle che restano a carico dell'Assistito con la relativa motivazione.

La Centrale Operativa deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'Assistito. L'Assicuratore provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e franchigia, a carico dell'Assistito (che deve essere versato direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'Assistito da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nella convenzione.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e l'Assicuratore, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico. Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà dell'Assicuratore, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

È data inoltre facoltà all'Assistito di usufruire di un anticipo pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'Istituto di Cura con le modalità previste dall'Art. 2.21.

**b) Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con l'Assicuratore, ma con equipe medica non convenzionata - Convenzionamento misto**

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'équipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. c) del presente articolo.

**c) 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) - Modalità a rimborso**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dal presente Contratto, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, possibilmente entro 90 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica redatta in lingua italiana o corredata da traduzione in lingua italiana:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica e eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra ricovero: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in caso di follow up oncologico: tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali e prescrizione medica con patologia;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile;
- pacchetto maternità: certificato dello specialista con data presunta del parto;
- in tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia.

nonché dalla fotocopia delle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate.

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'Assistito 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.

L'Assistito 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 dell'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.

L'Assicuratore effettua il rimborso direttamente al titolare di polizza, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro il termine di 30 gg. dalla presentazione della domanda di rimborso contenente la documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui al presente contratto (cartella clinica o altra documentazione medica, fatture/ricevute fiscali debitamente quietanzate e in regola con la normativa fiscale).

Qualora, in caso di rimborsi con istruttorie particolarmente complesse, se detto termine di liquidazione non dovesse essere rispettato, l'Assicuratore dovrà comunicare all'Assistito tramite lettera, email o sms lo stato di lavorazione del sinistro e fornire una previsione circa i tempi di gestione.

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare – entro il 60° 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.

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'Assistito, 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.

#### **Concorso di più assicurazioni**

Qualora l'Assistito debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore per ottenere lo stesso rimborso, l'Assicuratore effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dello stesso, 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'Assistito.

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Assicuratore, 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 caso contrario 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.

#### **d) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale**

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

#### **e) Prestazioni in libera professione intramuraria**

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

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

## SEZIONE 4. GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE

### **Art. 4.1 - Beneficiari delle Prestazioni**

Le garanzie regolate nella presente sezione si applicano agli Assistiti di cui all' art. 1.2., 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 con esclusione del relativo nucleo familiare definito all'art. 1.5, salvo in caso di estensione al Piano Integrativo "Family".

### **Art. 4.2 – Massimale Assicurato – Limiti di Assistenza**

Le prestazioni di cui al presente Contratto sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 400.000,00 per anno, fermi gli eventuali sotto limiti riportati nell'articolo 4.4 "Prestazioni".

Tale massimale è da intendersi per il titolare, ma esteso al nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo "Family".

### **Art. 4.3 - Scoperti**

La copertura delle spese di cui al successivo art. 4.4 "Prestazioni" avviene con le seguenti modalità:

**4.3.1** In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o 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. Inoltre, non sono soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta nel pre e post ricovero fermi restando gli specifici limiti temporali.

**4.3.2** In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate con uno scoperto pari al 10% per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di Assistiti pensionati viene applicato uno scoperto pari al 10%.

**4.3.3** Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. 4.4.1 e lett. c) e d) dell'art. 4.4.3), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del 10%, salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono infine rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo 4.4.2 che prevedono specifici sotto limiti.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

In caso di Day hospital senza intervento chirurgico per il quale sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativo alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni, viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti articoli 4.3.1, 4.3.2 e 4.3.3.

**4.3.4** In caso di prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

## **Art. 4.4 - Prestazioni**

### **Art. 4.4.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici**

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

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- 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;
- rette di degenza;
- 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.

### **Art. 4.4.2 – Garanzie Accessorie al ricovero**

La Società indennizza le seguenti classi di spesa in caso di ricovero per grandi interventi chirurgici:

#### **a) Rette di degenza dell'accompagnatore**

il vitto e il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, fino al limite di euro 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per un accompagnatore dell'Assistito. Tale massimale si intende prestato per anno/persona.

#### **b) Assistenza infermieristica individuale**

le spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo massimo di euro 3.900 per anno.

#### **c) Trasporto sanitario**

il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, fino ad un importo massimo di euro 3.000 per ricoveri in Italia e Stati dell'UE ed euro 6.000 per ricoveri nel resto del mondo. Tale massimale si intende prestato per anno/nucleo semprechè sia stata acquistata la Formula integrativa "Family".

#### **d) Apparecchi protesici e sanitari**

le spese di 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. Tale massimale si intende prestato per anno/nucleo semprechè sia stata acquistata la Formula integrativa "Family".

#### **e) Cure palliative**

le spese per cure palliative e terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di euro 15.000 per evento.

#### **f) Rimpatrio salma**

Il rimpatrio della salma o trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza 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. 4.4.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico**

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave evento morbo di cui all'elenco II sono: rette di degenza;

- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- 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 Morbo che determina il ricovero stesso;
- 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. 4.4.2 ai punti b), c), d), e), f).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morbo, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morbo stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 4.4.1 e 4.4.2.

#### **Art. 4.4.4 - Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare**

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

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- spese 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 Morbo avvenuta dopo la decorrenza contrattuale.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 4.4.2 ai punti c), d), e), f).

#### **Art. 4.4.5 - Indennità sostitutiva**

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morbo, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria, l'Assicuratore corrisponde un'indennità.

L'indennità è pari ad € 155 al giorno e viene 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 Assistito.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla lettera f) dell'art. 4.4.1 e lett. c) e d) dell'art. 4.4.3), fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono, applicando lo scoperto di cui all'art. 4.3 qualora previsto. I ticket vengono 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. 4.4.1 in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad € 50 per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

#### **Art. 4.4.6 - Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica**

L'Assicuratore, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica, 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
- ECOTOMOGRAFIA
- 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 TENUE 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

La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 15.000,00 per anno assicurativo. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico che ha reso necessaria la prestazione stessa.

In caso di utilizzo di Strutture convenzionate con la Società e di attivazione di assistenza diretta all'Assistito:

- in attività, non verrà applicata nessuna franchigia a suo carico;
- in pensione, sarà applicata una franchigia a suo carico di € 50,00.

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società (assistenza indiretta), sia all'Assistito in attività che per quello in pensione, il rimborso sarà effettuato con franchigia a suo carico di € 100,00. Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

#### **Art. 4.4.7 - Medicina Preventiva**

L'Assicuratore rimborsa o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di € 1.000,00 per anno le spese per:

- Uomini: visita urologica, ecografia addome in toto, ecografia transrettale, ecografia delle vie urinarie, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico (PSA e PSAF);
- Donne: visita ginecologica, PAP-test, HPV, DNA, ecografia transvaginale e/o pelvica, visita senologica, ecografia mammaria, mammografia, ecografia addome, MOC;
- Per entrambi i sessi: radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologica con ECG a riposo e/o da sforzo.

Per entrambi i sessi saranno, inoltre, erogabili in solo regime diretto, le seguenti prestazioni: visita dermatologica con mappature dei nei, sangue occulto nelle feci, pacchetto di analisi di laboratorio generico:

- Alanina aminotransferasi ALT;
- Aspartato Aminotransferasi AST;
- Colesterolo HDL;
- Colesterolo totale;
- Creatinina;
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- Trigliceridi;
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT);
- Tempo di protrombina (PT);
- Urea;
- VES;
- Urine (esame chimico, fisico e microscopico)

Si precisa che il pacchetto di analisi di laboratorio generico deve essere effettuato nella sua completezza. Le prestazioni sopra elencate vengono prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### **Art. 4.4.8 - Cure oncologiche**

In caso di malattia oncologica, l'Assicuratore rimborsa o prende in carico le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie riconosciute dai protocolli internazionali oncologici (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.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico su prescrizione del medico oncologo o di base anche in caso di trattamento domiciliare in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza di € 50.000,00 anno.

Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, i massimali e gli scoperti previsti dagli artt. 4.4.1, 4.4.2, 4.4.3, 4.4.4 del presente Piano Sanitario A e i massimali, gli scoperti e le franchigie previsti dal Piano Sanitario B qualora sottoscritto.

#### **Art. 4.4.9 - Follow-Up Oncologico**

L'Assicuratore rimborsa o prende in carico, su prescrizione medica del medico oncologo/di base, le prestazioni mediche e 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 per anno senza applicazione di franchigie o scoperti.

Con la prima richiesta di rimborso l'Assistito dovrà presentare la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie. Non sarà necessario ripresentarla con le successive richieste di rimborso.

#### **Art. 4.4.10 - Copertura per non autosufficienza**

##### **a) Massimale mensile a rimborso**

Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, 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 una copia del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

#### **b) Prestazione di assistenza per non autosufficienza**

Ai sensi della presente garanzia, è considerato in stato di non autosufficienza, l'Assistito 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 e che si trovi in uno stato tale, accertato e definitivo, da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana.

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

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

La garanzia prevede la fornitura dei seguenti servizi a domicilio o in rete all'interno del massimale di euro 500/mese:

1. Assistenza infermieristica o socio-sanitaria;
2. Badante;
3. Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
4. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
5. Trasporto in ambulanza;
6. Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Oltre a servizi di informazioni socio-sanitari (24h) e prestazioni a tariffe convenzionate in caso di esaurimento di massimale.

Alla richiesta deve essere allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza redatto su apposito modello fornito dall'Assicuratore, con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza. La valutazione finale dello stato di non autosufficienza sarà valutato da medico dell'Assicuratore appositamente incaricato.

Sono comunque esclusi stati invalidanti derivanti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV ed epatite cronica.

#### **Art. 4.4.11 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio**

In caso di infortunio che comporti all'Assistito 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 presentata entro sessanta 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 dal presente articolo valgono le condizioni generali 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 saccolari, 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) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabirintica 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 aventi 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) megauretere: 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 Eventi 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.

## SEZIONE 5. GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI

### **Art. 5.1 - Servizi di informazione**

L'Assicuratore mette a disposizione la sua Centrale Operativa che oltre a fornire un servizio di prenotazione presso rete convenzionata, presta servizi di informazione relativi agli istituti e ai medici convenzionati nonché volti ad ottemperare richieste di chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

### **Art. 5.2 – 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'Assistito 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) Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito 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.

#### **c) Pareri medici**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, 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'Assistito, al quale quest'ultimo potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

#### **d) Informazioni sulla degenza**

Qualora l'Assistito, 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'Assistito, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

#### **e) Trasmissione messaggio urgenti**

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

# POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DIP

Documento informativo precontrattuale dei contratti  
di assicurazione danni (DIP Danni)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Prodotto: Cassa Nazionale del Notariato - Polizza Sanitaria Piano Base

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione che tutela i Notai attivi e quiescenti, ed eventualmente i loro nuclei familiari, da rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio o malattia.



## Che cosa è assicurato?

- **Ricovero per grande intervento chirurgico:** prevede il rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero per un grande intervento chirurgico;
- **Ricovero per grave evento morboso:** prevede il rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero per un grave evento morboso;
- **Stato di non autosufficienza:** prevede il rimborso delle spese sostenute per ricovero, servizi di assistenza sanitaria e non, sostenute durante il periodo di non autosufficienza;
- **Invalidità permanente da infortunio:** prevede la corresponsione di un indennizzo in caso di invalidità permanente superiore al 66% della totale conseguente ad infortunio.



## Che cosa non è assicurato?

Di seguito sono riportate le principali esclusioni.

L'assicurazione non comprende le spese per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi subiti da bambini inferiori ai 5 anni di età;
- infortuni ed intossicazioni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
- le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.



## Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previste anche franchigie e limiti parziali di indennizzo.



### **Dove vale la copertura?**

La copertura vale in tutto il mondo.



### **Che obblighi ho?**

Quando sottoscrivo il contratto, ho il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.



### **Quando e come devo pagare?**

Al fine di garantire l'estensione della copertura al nucleo familiare ai sensi di polizza, devo pagare il relativo premio entro il termine indicato sul modulo di adesione. Posso pagare il premio mediante carta di credito e Sdd.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

La copertura comincia alle ore 0:00 del 01/11/2019 e termina alle ore 24:00 del 31/10/2022.



### **Come posso disdire la polizza?**

In assenza di mancato rinnovo dell'adesione alla polizza, la garanzia cessa i propri effetti nei confronti dei singoli Assicurati al termine dell'annualità per la quale è stato corrisposto il premio.

# POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DIP

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Prodotto: Cassa Nazionale del Notariato - Polizza Sanitaria Piano Base

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Reale Mutua di Assicurazioni società mutua assicuratrice, capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, Via Corte d'Appello, n. civico 11; CAP 10122; città Torino; tel. +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966; sito internet: [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it); e-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it); pec: [realemutua@pec.realemutua.it](mailto:realemutua@pec.realemutua.it).

Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1.977 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 1.917 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.024,4 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 436,8 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.043,0 milioni di euro;
- solvency ratio: 297,0%.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Le garanzie di seguito indicate sono integrative rispetto a quelle indicate nel DIP Danni.

### AREA EXTRARICOVERO:

- Malattie oncologiche
- Prevenzione
- Alta specializzazione

### AREA ASSISTENZA

- Trasporto sanitario
- Accompagnatore
- Rimpatrio salma
- Servizi di Informazione

- Rientro dal ricovero di primo soccorso
- Viaggio di un familiare all'estero
- Pareri medici
- Informazioni sulla degenza
- Trasmissione di messaggi urgenti



### Che cosa non è assicurato?

#### Rischi esclusi

Le garanzie della sezione Assistenza non sono prestate: senza autorizzazione della Centrale Operativa.



### Ci sono limiti di copertura?

#### LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età.

#### TERMINI DI CARENZA

Non sono previsti termini di carenza. La copertura opera senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi preesistenti alla data di attivazione del presente contratto.

GARANZIA	FRANCHIGIA	SCOPERTO	MASSIMO SCOPERTO	MASSIMO INDENNIZZO GARANZIA
Massimale per tutte le prestazioni del Capitolato	–		–	€ 400.000,00
Ricovero presso strutture in convenzione con la Società	–		–	–
Ricovero presso strutture non convenzionate con la Società	–	10%	–	–
Retta di degenza dell'accompagnatore	–		–	€ 100,00 al dì
Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica presso strutture convenzionate	–		–	€ 15.000,00 per anno / nucleo
Cure Oncologiche	–		–	€ 50.000,00 per anno / nucleo
Copertura per non autosufficienza	–		–	€ 250,00 al mese massimo 36 mesi
Indennità per grave IP da infortunio	–		–	€ 60.000,00 in caso di IP > al 66%



### Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

#### Cosa fare in caso di sinistro?

##### Denuncia di sinistro

UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato deve telefonare alla Centrale Operativa di Blue Assistance per l'attivazione della liquidazione in forma diretta entro 72 h lavorative dalla prestazione.

UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE O RICORSO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'Assicurato deve richiedere il rimborso delle spese sostenute inviando la denuncia del sinistro a Blue Assistance allegando la certificazione medica e di spesa.

##### Prescrizione legale

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti

dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### **Dichiarazioni inesatte o reticenti**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

#### **Obblighi dell'impresa**

Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

#### **Ulteriori obblighi del Contraente**

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le Condizioni di Assicurazione nonché a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili all'impresa. Al termine di ciascun anno assicurativo, il Contraente dovrà fornire a Reale Mutua i dati necessari alla determinazione consuntiva del premio, eventualmente non ancora comunicati.



#### **Quando e come devo pagare?**

##### **Premio**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



#### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

##### **Durata**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

##### **Sospensione**

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.



#### **Come posso disdire la polizza?**

##### **Ripensamento dopo la stipulazione**

Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.



#### **A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto si rivolge ai Professionisti attivi e quiescenti iscritti alla Cassa Nazionale del Notariato; la copertura può essere estesa, dietro richiesta di ciascun iscritto e con costi a suo carico, al relativo nucleo familiare.



#### **Quali costi devo sostenere?**

Sulla base delle rilevazioni contabili dell'ultimo esercizio relativi al presente prodotto, l'ammontare della quota parte percepita dall'Intermediario è pari allo 0,89% dei premi contabilizzati.

### **COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**

#### **ALL'IMPRESA ASSICURATRICE**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: [buongiornoreale@realemutua.it](mailto:buongiornoreale@realemutua.it).

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

## **ALL'IVASS**

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

Prima di ricorrere all'autorità giudiziaria è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

### ▪ **Mediazione**

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it). (Legge 9/8/2013, n. 98)

### ▪ **Negoziazione assistita**

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

### ▪ **Commissione di garanzia**

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: [commissione.garanziaassicurato@realemutua.it](mailto:commissione.garanziaassicurato@realemutua.it). La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it).

### ▪ **Arbitrato**

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

# CONVENZIONE

tra

**Reale Mutua di Assicurazioni**

e

**Cassa Nazionale del Notariato**

per

**stipula in forma facoltativa ed individuale di una copertura**

**Rimborso Spese Mediche  
Piano sanitario Integrativo**

a favore dei notai in esercizio e dei titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato con possibilità di estensione al nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati.

Tra la

**spett. REALE MUTUA di ASSICURAZIONI**

**Via Corte d'Appello, 11**

**10122 Torino (TO)**

**P. IVA 00875360018**

e

**La Spett. Cassa Nazionale del Notariato - Previass II**

**P.IVA: 80052310580**

Si stipula la presente

**Convenzione Rimborso Spese Mediche**

**Decorrenza:**

dalle ore 00:00 del 01/11/2019

**Scadenza:**

alle ore 24:00 del 31/10/2022

# CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

**VIENE STIPULATA LA PRESENTE CONVENZIONE**

## INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

### Informazioni generali

- a) Società Reale Mutua di Assicurazioni - forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
- c) Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966. Sito internet: [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). E-mail: [buongiornoreale@realemutua.it](mailto:buongiornoreale@realemutua.it) Posta Elettronica Certificata (PEC): [realemutua@pec.realemutua.it](mailto:realemutua@pec.realemutua.it)
- d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

### Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.084 milioni di Euro di cui 60 milioni di Euro relativi al fondo di garanzia, e 2.024 milioni di Euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibili al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 859,5 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 386,8 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.186,2 milioni di Euro;
- solvency ratio: 370,7%.

## INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: [buongiornoreale@realemutua.it](mailto:buongiornoreale@realemutua.it).

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano, che provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l'esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l'Autorità giudiziaria potrà:

rivolgersi all'IVASS, ai seguenti contatti:

pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta – accreditato presso il Ministero della Giustizia;

avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie. Resta salva, in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.Europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

### **Arbitrato**

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Reale Mutua di Assicurazioni è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Convenzione.

### **PREMESSA**

La Compagnia di Assicurazione Reale Mutua (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 con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati e la Cassa Sanitaria Previass II (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 e con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati (in seguito denominati Assistiti) 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 Previass II 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 1.5 della Sezione 1 del presente contratto, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

### **Procedura attuativa**

Sulla base delle prescrizioni previste nel presente contratto, 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'Assistito.

**Anno assicurativo** Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza, quindi dalle ore 00.00 del giorno 01/11 fino alle ore 24.00 del giorno 31/10.

**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.

**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 e da personale medico convenzionato 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 o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.

**Assistenza Infermieristica** L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.

**Assistito** La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

**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.

**Categorie assicurate** L'assicurazione è prestata a favore di: notai in esercizio, notai in pensione, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, nonché dei relativi familiari (in caso di estensione al Piano Sanitario Integrativo) come identificati nella definizione di nucleo familiare.

**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'Assistito che voglia accedere agli stessi.

**Certificato di Assicurazione** Il documento rilasciato dall'Assicuratore che riporta gli elementi principali (decorrenza/scadenza della polizza, il contributo, i soggetti assicurati, ecc.) del Piano Sanitario Base.

**Contraente** Cassa Nazionale del Notariato e Cassa di Assistenza che stipulano la polizza per conto altrui.

**Contributo** La somma dovuta alla Cassa di Assistenza per l'attivazione della copertura sanitaria.

**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.

**Follow up oncologico** Il follow-up è l'insieme delle prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia. Per aver diritto al rimborso delle prestazioni oggetto della garanzia di polizza l'iscritto dovrà produrre la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali (048).

**Franchigia** Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assistito è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assistito.

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'Assistito.

**Grandi Interventi** Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

**Gravi Eventi Morbosi** Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

**Indennità Sostitutiva** L'importo giornaliero erogato dall'Assicuratore che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso di spese per 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).

**Indennizzo** La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

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

**Intervento Chirurgico** Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

**Intervento Chirurgico Ambulatoriale** Prestazioni chirurgiche, senza degenza, anche comportanti suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, ago aspirato, infiltrazioni articolari.

**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'Assistito 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 inclusi 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'Assistito, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

**Network** Rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere Scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici specialisti e Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet dell'Assicuratore.

**Nucleo Familiare** Si intende: il Capo nucleo/titolare del Piano Sanitario, il coniuge (non legalmente separato), parte di unione civile o il convivente more uxorio, i figli (conviventi e non) per i quali si verificano le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico (art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97), 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. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

I figli conviventi, non a carico, con età superiore ai 30 anni non rientrano nel novero di nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alle due coperture (Base + Integrativa Single) previo versamento del 50% del contributo complessivo previsto.

**Polizza** Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio** Somma dovuta dalla Cassa di Assistenza alla Compagnia a corrispettivo dell'assicurazione.

**Preso in carico** Documento trasmesso dalla Centrale Operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.

**Ricovero** Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento in reparto, documentato da una cartella clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Rischio** La probabilità che si verifichi un sinistro.

**Scoperto** La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.

**Sinistro** Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Trattamenti Fisioterapici** Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate non necessariamente presso Centri Medici, tese al recupero, delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio.

**Visita specialistica** Visita effettuata da medico specialista. Qualora nell'ambito di una visita specialistica vengano effettuati test ed esami finalizzati alla diagnosi, questi verranno considerati tutt'uno con la visita e, pertanto, unica prestazione.

# SEZIONE 1. OGGETTO ED ASSISTITI DELLA COPERTURA SANITARIA

## **Art. 1.1 – Oggetto della copertura**

Oggetto della presente assicurazione è la copertura 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 di malattia, infortunio e parto, nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti e dalle apposite Sezioni 4 e 5.

## **Art. 1.2 – Assistiti**

Soggetti Assistiti dal Piano Sanitario Integrativo

I titolari del piano base possono ampliare a titolo individuale o a titolo individuale con estensione al nucleo familiare, le garanzie previste dal Piano Sanitario Base aderendo alla copertura Integrativa di cui alla "Sezione 4".

In questo caso i componenti del nucleo familiare diventano beneficiari della copertura come il titolare.

## **Art. 1.3 – Variazioni degli Assistiti in corso d'anno assicurativo**

### **A) Notaio in esercizio che diventi pensionato**

Il notaio in esercizio che diventi pensionato nel corso dell'annualità assicurativa, continuerà a godere della copertura sanitaria come se fosse in esercizio, sino alla scadenza della stessa (31/10). A decorrere dall'annualità successiva usufruirà della copertura sanitaria prevista per i titolari di pensione.

### **B) Familiare che diventi titolare di pensione notarile**

**B.1** Qualora un Assistito che usufruisca di sola copertura sanitaria Base deceda in corso d'anno, il familiare (coniuge, unito civilmente o figlio) che diventi titolare di pensione notarile avrà autonoma copertura sanitaria Base a decorrere dalla data di pensionamento con possibilità di adesione al Piano Sanitario integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg a decorrere dalla data del protocollo della comunicazione di attivazione del Piano Sanitario Base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato al nuovo titolare).

**B.2** Qualora un Assistito che usufruisca di copertura sanitaria Base ed Integrativa Family deceda in corso d'anno, il familiare (coniuge, unito civilmente o figlio) che diventi titolare di pensione notarile manterrà la copertura attivata dal defunto fino alla scadenza dell'anno assicurativo diventando automaticamente titolare del Piano Base a decorrere dall'annualità assicurativa successiva con possibilità di adesione/ riconferma al Piano Sanitario Integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa, 01/11).

### **C) Notai di nuova nomina**

Il notaio di nuova nomina che si iscriva alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso dell'annualità assicurativa, avrà autonoma copertura sanitaria Base come titolare a decorrere dalla data di iscrizione a ruolo con possibilità di adesione al Piano Sanitario Integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg dalla data di protocollo della comunicazione di attivazione del Piano Sanitario Base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato).

Qualora il nuovo iscritto fosse, egli stesso, figlio di notaio o di pensionato, con estensione al Piano Integrativo, continuerà a godere della copertura già attivata fino alla scadenza dell'annualità assicurativa (31.10) e a decorrere dall'annualità successiva avrà autonoma copertura sanitaria Base come Notaio con possibilità di adesione al Piano Sanitario Integrativo in una finestra aperta ad hoc (60 gg a decorrere dall'inizio dell'annualità assicurativa, 01/11).

#### **D) Decesso del titolare di copertura sanitaria**

In caso di decesso dell'Assistito titolare della copertura base, i componenti del nucleo familiare estesi in copertura come beneficiari, continueranno a godere della copertura fino allo scadere dell'anno assicurativo.

Al di fuori dei casi previsti alla lettera B e C del presente articolo, non sarà possibile rinnovare la copertura per le annualità successive.

#### **Art. 1.4 – Limiti di età**

Non è previsto alcun limite di età.

#### **Art. 1.5 – Nucleo Familiare**

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere, e dai figli fiscalmente a carico (per i quali si verificano le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico previsto dall'art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97) conviventi e non conviventi.

Sono altresì inclusi nel nucleo familiare 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.

Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

I figli conviventi, non a carico con età non superiore a 30 anni rientrano nel novero di nucleo familiare.

I figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni che risultino conviventi, non sono ricompresi nel nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "Base + Integrativa Single" previo versamento del 50% del contributo complessivo previsto.

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 Altri

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'Assistito 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 - Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui ai successivi Artt. 4.4 "Prestazioni", è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/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. 2.4 – 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 derivanti 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 alle coperture 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'Assistito;
- 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'Assistito 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 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;
- j) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- k) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

#### **Art. 2.5 – Oneri fiscali**

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. 2.6 – 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'Assistito 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. 2.7 – Clausola broker**

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

#### **Art. 2.8 – 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.

#### **Art. 2.9 – 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. 2.10 – Pagamento del contributo**

##### **Contributo integrativo**

Si conviene che il contributo integrativo dovuto verrà corrisposto alla Cassa Sanitaria direttamente dall'Assistito attraverso autorizzazione all'addebito annuale in via continuativa e per tutta la durata della copertura su carta di credito o su conto corrente.

Esclusivamente l'addebito su conto corrente prevede la possibilità di frazionamento mensile.

Per i soggetti Assistiti, entrati in corso d'anno, descritti alle lettere B e C dell'art. 1.3, il versamento del contributo della prima annualità sarà computata con rateo mensile fino alla scadenza della stessa a partire dal primo giorno del mese successivo all'adesione.

#### **Art. 2.11 – Effetto e durata dell'assicurazione**

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui all'art. 1.2 che precede, ha durata triennale dalle ore 00.00 del giorno 01.11.2019 alle ore 24.00 del 31.10.2022. 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 alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, nei limiti sanciti dal D.lgs. n. 50/2016, su richiesta della Cassa Nazionale del Notariato, per una durata strettamente necessaria alla conclusione del procedimento di gara volto alla stipula del nuovo contratto.

Si applica l'art. 109 del D.lgs. n. 50/2016.

#### **Art. 2.12 – Oneri a carico dell'Assicuratore**

**2.12.1** 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.

**2.12.2** Nell'esecuzione del Servizio, salvo quanto già previsto nel presente Contratto e quant'altro si renderà necessario in relazione alle esigenze operative derivanti in particolare dalla prestazione del Servizio, l'Assicuratore si obbliga 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 contenute nel presente Contratto. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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.

**2.12.3** L'Assicuratore, per quanto di sua competenza, si obbliga 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 svolgimento di tali verifiche.

**2.12.4** 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. 2.13 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza**

**1.** L'Assicuratore si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana. Esso si obbliga a fornire supporto e assistenza agli Assistiti 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.

Fermo restando che sul sito della Cassa Nazionale del Notariato ([www.cassanotariato.it](http://www.cassanotariato.it)) sarà possibile trovare informazioni sulla copertura sanitaria, l'Assicuratore dovrà comunque fornire supporto agli Assistiti nell'istruzione delle pratiche di rimborso, informazioni sul Piano Sanitario ed attivazione dello stesso attraverso una Centrale Operativa dotata di un call center dedicato, con numero verde gratuito, in cui siano operativi contemporaneamente almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante presenza di almeno tre medici. Per le chiamate dall'estero dovrà predisporre un numero dedicato fisso.

Il numero verde dedicato avrà le seguenti caratteristiche:

- essere dedicato esclusivamente alla polizza oggetto del presente appalto;

- essere operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.30;
- consentire di parlare con un operatore dopo una sola scelta multipla che consenta di individuare l'area di interesse, ed entro un tempo di attesa massima di 4 minuti;
- in caso di intenso traffico, effettuare la richiamata entro il termine massimo di n. 4 ore.

L'Assicuratore si impegna altresì, in caso di richiesta di prestazioni sanitarie presso strutture convenzionate con presa in carico diretta a dare riscontro, per il tramite della Centrale Operativa, positivo o negativo all'Assistito, entro il termine massimo di un giorno lavorativo (24 H) dalla prestazione.

2. Entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore si obbliga, a proprie spese, a stampare una Guida all'assistenza sanitaria 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 Contratto. 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 Assistiti sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio;

In caso di integrazione e/o modifica della copertura intervenuta nel periodo contrattuale l'Assicuratore provvederà a proprie spese ad aggiornare la Guida mediante stampa di un opuscolo ad hoc.

La Guida verrà spedita a tutti gli associati, a cura dell'Assicuratore, entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione 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 decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore provvederà, altresì a rendere disponibile un portale web dedicato (accessibile tramite link presente nel sito della Cassa Nazionale del Notariato) che consenta all'Assistito di:

- visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa ai piani sanitari;
- visionare le strutture convenzionate;
- accedere alla propria area riservata con apposite credenziali.

Quanto sopra a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Inoltre, la Cassa Nazionale del Notariato ed il Broker dovranno avere apposite credenziali per accedere ad un'area riservata per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR").

4. 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 e al Broker, 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:

- Tipologia di Assistito a cui è imputato il sinistro (notaio in esercizio, titolare di pensione, 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 di garanzia e prestazioni come da specifiche del capitolato.
- la tipologia di rimborso (se rimborso diretto o indiretto);
- l'indicazione di età e sesso dell'Assistito;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

- a) importo richiesto a rimborso pari a € \_\_\_\_\_;  
b) sinistro chiuso senza seguito;  
c) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;  
d) 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 importo richiesto a rimborso e non corrisposto, 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.

Ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla Cassa Nazionale del Notariato dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

5. Al termine di ogni annualità assicurativa, entro i 30 giorni solari successivi al termine di mora per le adesioni, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al Broker l'elenco aggiornato degli Assistiti.

Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare:

- Cognome e nome dell'Assistito;
- Codice fiscale dell'Assistito;
- Indicazione dell'opzione acquistata (Base – Base + Integrativa Single – Base + Integrativa nucleo);
- Numero dei familiari;
- Data di decorrenza della copertura.

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

#### **Art. 2.14 – Modifica delle condizioni di assicurazione**

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente contratto potrà essere introdotta e/o imposta dall'Assicuratore fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

#### **Art. 2.15 – 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. 2.16 – Mediazione**

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 2.15 "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'Assistito ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell'Organismo di mediazione scelto.

#### **Art. 2.17 – Foro competente**

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti art. 2.15 "Commissione paritetica" e 2.16 "Mediazione" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'Assistito.

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

**Art. 2.18 – Interpretazione delle garanzie di polizza**

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

**Art. 2.19 – Tutela della Privacy**

L'Assicuratore e la Cassa di Assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR") in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assistiti. A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando la Cassa Nazionale del Notariato a tutti gli effetti.

**Art. 2.20 – Rinvio alle norme di legge**

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

**Art. 2.21 – Anticipi**

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, l'Assistito 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 del 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'Assistito è tenuto a trasmettere all'Assicuratore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

## SEZIONE 3. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

### **a) Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con l'Assicuratore – Convenzionamento diretto**

#### **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'Assistito 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 con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi (72 H) dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando o trasmettendo via email/fax oppure tramite la procedura online:

- 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.

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 3 giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla. Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

Nel caso in cui la Centrale Operativa invii comunicazione di diniego, dovrà esporre i motivi di natura amministrativa e/ medico assicurativa per cui la pratica in carico è negata o per la quale dovrà essere fornita ulteriore documentazione.

Qualora la presa in carico sia parziale, ovvero riguardi solo una parte delle prestazioni richieste (esempio analisi di laboratorio), la Centrale Operativa deve precisare quali siano le prestazioni prese in carico e quali quelle che restano a carico dell'Assistito con la relativa motivazione.

La Centrale Operativa deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'Assistito. L'Assicuratore provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e franchigia, a carico dell'Assistito (che deve essere versato direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'Assistito da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nella convenzione.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e l'Assicuratore, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico. Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà dell'Assicuratore, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

È data inoltre facoltà all'Assistito di usufruire di un anticipo pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'Istituto di Cura con le modalità previste dall'Art. 2.21.

**b) Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con l'Assicuratore, ma con equipe medica non convenzionata - Convenzionamento misto**

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'équipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. c) del presente articolo.

**c) 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) - Modalità a rimborso**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dal presente Contratto, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, possibilmente entro 90 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica redatta in lingua italiana o corredata da traduzione in lingua italiana:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica e eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra ricovero: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in caso di follow up oncologico: tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali e prescrizione medica con patologia;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile;
- pacchetto maternità: certificato dello specialista con data presunta del parto.
- In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia, nonché dalla fotocopia delle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate.

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'Assistito 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.

L'Assistito 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 dell'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. L'Assicuratore effettua il rimborso direttamente al titolare di polizza, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro il termine di 30 gg. dalla presentazione della domanda di rimborso contenente la documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui al presente contratto (cartella clinica o altra documentazione medica, fatture/ricevute fiscali debitamente quietanzate e in regola con la normativa fiscale).

Qualora, in caso di rimborsi con istruttorie particolarmente complesse, se detto termine di liquidazione non dovesse essere rispettato, l'Assicuratore dovrà comunicare all'Assistito tramite lettera, email o sms lo stato di lavorazione del sinistro e fornire una previsione circa i tempi di gestione.

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare - entro il 60° 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.

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'Assistito, 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.

#### **Concorso di più assicurazioni**

Qualora l'Assistito debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore per ottenere lo stesso rimborso, l'Assicuratore effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dello stesso, 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'Assistito.

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Assicuratore, 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 caso contrario 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.

#### **d) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale**

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

#### **e) Prestazioni in libera professione intramuraria**

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

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

## **SEZIONE 4. GARANZIE "B" – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO**

### **Art. 4.1 – Beneficiari delle Prestazioni**

Le garanzie della presente sezione si applicano agli Assistiti titolari del piano sanitario base che aderiscono al piano integrativo nella formula "Single" o "Family", ai componenti del nucleo familiare degli Assistiti titolari del piano sanitario base se aderiscono al piano integrativo formula "Family", agli Assistiti e relativi nuclei familiari di cui alle lettere A e B, all'art. 1.3 in caso di adesione/riconferma al Piano Integrativo come descritto nell'articolo stesso ed all'art. 1.5.

### **Art. 4.2 – Estensione Piano Sanitario Base ai soli componenti del nucleo familiare**

Tutto quanto previsto al Piano Sanitario Base, viene automaticamente esteso anche ai componenti del nucleo familiare come definiti dall'articolo 1.5.

### **Art. 4.3 – Massimale Assicurato – Limiti di Assistenza**

Le prestazioni di cui al presente Contratto sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 200.000,00 - fermo restando quanto disposto dal successivo art. 4.5 "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. 4.4 - Scoperti**

La copertura delle spese di cui al successivo art. 4.5 "Prestazioni" avviene con le seguenti modalità:

**4.4.1.** In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Assicuratore alle strutture sanitarie senza applicazione di scoperto.

Inoltre, non sono soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate 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 (pubbliche o private) o con personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate con uno scoperto pari al 10% per sinistro a carico dell'Assistito.

**4.4.3.** Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alle lettere e) dell'art. 4.5 (A.1) e lett. c) dell'art. 4.5. (A.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del 10%, salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

**4.4.4.** In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% per gli attivi, del 35% per i pensionati.

**4.4.5.** 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 sono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo A.3 che prevedono specifici sotto limiti.

### **Art.4.5 – 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.**

**A.1 In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital, l'Assicuratore rimborsa:**

- 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 ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza;
- g) 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 intravitreali, 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.

**A.2 In caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico o 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), l'Assicuratore rimborsa:**

- 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 effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
- d) 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.

**A.3 – Garanzie Accessorie al ricovero**

La Società indennizza, inoltre, le seguenti classi di spesa:

- a) Rette di degenza dell'accompagnatore** il vitto e il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, fino al limite di euro 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per un accompagnatore dell'Assistito.
- b) Trasporto sanitario** il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, fino ad un importo massimo di euro 3.000 per ricoveri in Italia e Stati dell'UE ed euro 6.000 per ricoveri nel resto del mondo.
- c) Rimpatrio salma** Il rimpatrio della salma o trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza fino a concorrenza di un importo massimo di euro 2.000 (5.000 in caso di decesso all'estero) conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico.

#### **A.4 Indennità sostitutiva**

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero, con o senza intervento chirurgico, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, l'Assicuratore corrisponde un'indennità.

L'indennità è pari ad € 155,00 al giorno e viene erogata, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assistito.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla lettera e) dell'art. 4.5 (A.1) e lett. c) dell'art. 4.5 (A.3), fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono, che vengono effettuati applicando lo scoperto di cui all'art. 4.5 qualora previsto. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta in caso di day-hospital, in questo caso l'importo della diaria sarà pari al 50%.

#### **A.5 Parto**

In caso di parto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata è previsto la copertura massima onnicomprensiva di:

- Euro 3.000,00 in caso di parto naturale
- Euro 6.000,00 in caso di parto cesareo

per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### **B. Visite specialistiche – diagnostica corrente - prestazioni terapeutiche e fisioterapiche**

L'Assicuratore, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica, 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 omeopatiche, odontoiatriche, ortodontiche.
- Analisi di laboratorio, esami ed accertamenti diagnostici, esclusi quelli odontoiatrici e ortodontici.
- Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche, anche se effettuate presso il domicilio del paziente, con l'esclusione dell'agopuntura.

Si precisa che, qualora la prescrizione medica sia relativa a più esami diagnostici, se la diagnosi è compatibile con la maggioranza degli esami prescritti, verranno autorizzati e/o liquidati tutti gli esami elencati nella prescrizione, anche se solo parzialmente correlati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per anno assicurativo/nucleo. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico che ha reso necessaria la prestazione stessa.

In caso di utilizzo di Strutture convenzionate con la Società e di attivazione di assistenza diretta all'Assistito:

- in attività, non verrà applicata nessuna franchigia a suo carico;
- in pensione, sarà applicata una franchigia a suo carico di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di terapia;

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società (assistenza indiretta), sia all'Assistito in attività che per quello in pensione, il rimborso sarà effettuato senza l'applicazione di alcuna franchigia a suo carico per ogni prestazione o ciclo di terapia.

Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di franchigie e scoperti.

#### **C. Pacchetto maternità**

In caso di stato di gravidanza debitamente certificato, l'Assicuratore riconosce le seguenti prestazioni:

- n° 3 ecografie di controllo;
- n° 8 analisi clinico-chimiche;
- n° 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche.

In caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata le suddette prestazioni verranno erogate senza limite di spesa.

In caso di utilizzo di struttura non convenzionata o SSN, verrà applicato – senza scoperto - un limite di Euro 800,00 per evento.

Ai fini del rimborso, tutta la documentazione dovrà essere inviata in un'unica soluzione.

#### **D. Protesi ortopediche apparecchi acustici e ausili medici**

L'Assicuratore rimborsa, su prescrizione medica, con il limite di € 3.200,00 anno/nucleo, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di:

- 1) Protesi ortopediche
- 2) Apparecchi acustici
  - a. Apparecchi e ausili acustici
  - b. apparecchi e ausili protesici sanitari

Con il sotto limite di € 600,00 sono, altresì, rimborsati anche gli ausili medici, ortopedici e le ortesi. Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

#### **E. Cure Odontoiatriche**

L'Assicuratore copre le prestazioni di seguito elencate esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

**1) Prevenzione Odontoiatrica** La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale in un'unica soluzione all'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Comprende nello specifico:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

**2) Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)** La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia, senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione. Franchigia/Scoperto: Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto una franchigia fissa di € 35,00 per ciascuna estrazione semplice e franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna estrazione complessa.

#### **3) Prestazioni di Implantologia**

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assistito.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

#### **Franchigia/Scoperto**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa di € 800,00 per ciascun impianto.

**4) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica** La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio. L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente);
- Otturazione (qualsiasi tipo);
- Incappucciamento della polpa;
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento;
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla

Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assistito.

Per tutte le altre prestazioni quali:

- CONSERVATIVA
- CHIRURGIA
- PROTESICA
- ORTOGNATODONZIA
- IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA
- DIAGNOSTICA

la copertura opera sotto forma di accesso al tariffario scontato e di volta in volta, al momento della conferma della presa in carico diretta l'Assicuratore comunicherà all'Assistito la spesa che di cui dovrà farsi carico calcolata sulla base del tariffario in convenzione.

#### **Art. 4.6 – Adesione alla formula Integrativa**

La copertura sanitaria Integrativa ha durata 36 mesi dalle ore 00.00 del giorno 01/11/2019 alle ore 24.00 del 31/10/2022 e l'aderente resta obbligato per l'intera durata del contratto a versare i contributi. L'adesione al Piano Sanitario Integrativo consente di estendere le coperture previste nella copertura Forma Base al:

- Solo titolare della copertura;  
oppure

- Titolare ed al nucleo familiare così come definito dall'art. 1.5.

I componenti del nucleo familiare dei titolari di polizza risultanti dallo stato di famiglia alla data di effetto del contratto debbono essere assicurati contestualmente al titolare. L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente nei casi regolamentati dall'art. 4.9.

Per il nuovo titolare di copertura sanitaria Base che intenda aderire al Piano Sanitario Integrativo, la decorrenza della copertura sanitaria Integrativa si intende, in ogni caso, parificata alla decorrenza della copertura di base ad eccezione di quanto espressamente previsto all'art. 1.3 B.2 e 1.3 C.

#### **Art. 4.7 Modalità di adesione e di pagamento**

Per poter aderire al presente Piano Sanitario, è necessario inviare il Modulo di adesione, debitamente sottoscritto e compilato in ogni sua parte, all'Assicuratore entro 3 mesi dalla data di decorrenza della prima annualità di polizza.

Il contributo integrativo verrà corrisposto alla Cassa Sanitaria direttamente dall'Assistito attraverso le seguenti modalità:

- Autorizzazione all'addebito annuale su carta di credito, in via continuativa e per tutta la durata della copertura;
- Autorizzazione all'addebito annuale o con frazionamento mensile su conto corrente, in via continuativa e per tutta la durata della copertura.

Per i soggetti Assistiti descritti alle lettere B e C dell'art. 1.3, il versamento del contributo della prima annualità sarà computata con rateo mensile fino alla scadenza della stessa a partire dal primo giorno del mese successivo all'adesione.

#### **Art. 4.8 – Importo del contributo integrativo**

Il contributo pro capite relativo alla presente sezione si intende:

- pari ad € 1.292,70 per il solo iscritto senza nucleo che aderisca singolarmente alla formula "Single";
- pari ad € 2.222,70 per l'iscritto con nucleo familiare che aderisca, unitamente al nucleo familiare, alla formula "Family";
- pari ad € 995,10 per il figlio convivente, non a carico, con età superiore ai 30 anni, 50% del contributo complessivo previsto (Base + Integrativa Single come importo unico).

Il versamento del contributo pro capite della prima annualità verrà effettuato secondo le modalità previste dall'art. 2.10.

L'aderente resta in ogni caso obbligato all'addebito del contributo anche per le annualità successive, ciascuna in unica soluzione (o rateizzato in caso di addebito in c/c bancario).

#### **Art. 4.9 - Variazioni in corso d'anno degli Assistiti**

Fermo restando che l'assicurazione vale per le persone designate agli artt. 1.2, 1.3 ed 1.5, sono possibili

ulteriori movimentazioni degli Assistiti all'interno della polizza in corrispondenza di particolari eventi documentabili, secondo quanto di seguito riportato.

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 Family 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 Family e la comunicazione sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

Per i nuovi rapporti di convivenza more uxorio, i conviventi e le unioni civili si considerano inclusi dalla data di inizio della convivenza attestata con dichiarazione sostitutiva di atto notorio sempreché si sia sottoscritta precedentemente la formula Integrativa Family e la comunicazione sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

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.

Nel caso di adesione iniziale alla formula Integrativa "Single", l'inclusione di un nuovo familiare dovrà essere perfezionata con l'inoltro del modulo di adesione alla formula "Family". L'Assicuratore addebiterà l'importo corrispondente al cambio formula calcolato nel seguente modo:

- per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del Piano Sanitario, il contributo verrà calcolato con la corresponsione dell'intera differenza annuale tra il contributo della formula Single e quello della formula Family;
- per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il contributo verrà calcolato con la corresponsione del 60% della differenza annuale tra il contributo della formula Single e quello della formula Family.

Esclusione di nuovi Assistiti in corso d'anno: Il venir meno dei requisiti di cui agli artt. 1.2 e 1.3 e 1.5 della sez. 1 dovrà essere comunicato entro l'anno assicurativo di competenza e non produrrà 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.

Nel caso di iniziale adesione alla formula Integrativa "Family", qualora l'esclusione di un familiare comporti un passaggio alla formula "single", dovrà essere perfezionata con l'inoltro di nuovo modulo di adesione a fronte del quale, l'assicuratore ricalcolerà il contributo annuale da addebitare per le annualità restanti. In nessun caso l'assicuratore restituirà somme all'Assistito in conseguenza a comunicazioni non effettuate entro i termini sopra indicati.

## SEZIONE 5. GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI

### **Art. 5.1 - Servizi di informazione**

L'Assicuratore mette a disposizione la sua Centrale Operativa che oltre a fornire un servizio di prenotazione presso rete convenzionata, presta servizi di informazione relativi agli istituti e ai medici convenzionati nonché volti ad ottemperare richieste di chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

### **Art. 5.2 – 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'Assistito 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) Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito 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.

#### **c) Pareri medici**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, 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'Assistito, al quale quest'ultimo potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

#### **d) Informazioni sulla degenza**

Qualora l'Assistito, 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'Assistito, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

#### **e) Trasmissione messaggio urgenti**

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

# POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DIP

Documento informativo precontrattuale dei contratti  
di assicurazione danni (DIP Danni)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Prodotto: Cassa Nazionale del Notariato - Polizza Sanitaria Piano Integrativo

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione che tutela i Notai Professionisti attivi e quiescenti, ed eventualmente i loro nuclei familiari, da rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio o malattia, ulteriori rispetto alla copertura prestata in forma Base.



## Che cosa è assicurato?

- **Estensione ai componenti del nucleo familiare:** estensione ai componenti del nucleo di tutto quanto previsto dal Piano Sanitario Base;
- **Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital:** spese sostenute per ricoveri con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto, rese necessarie da infortunio e malattia che risultino in garanzia a termini di polizza;
- **Visite specialistiche – diagnostica corrente – prestazioni terapeutiche e fisioterapiche:** prevede il rimborso o pagamento diretto delle spese per le prestazioni elencate in polizza, sostenute dietro prescrizione medica in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico;
- **Pacchetto maternità:** In caso di stato di gravidanza debitamente certificato, l'Assicuratore provvede al rimborso di determinate prestazioni elencate in polizza;
- **Protesi ortopediche apparecchi acustici e ausili medici:** prevede il rimborso di spese sostenute, dietro prescrizione medica, per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici;
- **Cure Odontoiatriche:** copertura delle prestazioni odontoiatriche riportate nelle condizioni di polizza, effettuate in strutture convenzionate.



## Che cosa non è assicurato?

Di seguito sono riportate le principali esclusioni.

L'assicurazione non comprende le spese per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi subiti da bambini inferiori ai 5 anni di età;
- infortuni ed intossicazioni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
- le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.



### **Ci sono limiti di copertura?**

Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previste anche franchigie e limiti parziali di indennizzo.



### **Dove vale la copertura?**

La copertura vale in tutto il mondo.



### **Che obblighi ho?**

Quando sottoscrivo il contratto, ho il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.



### **Quando e come devo pagare?**

Al fine di aderire al Piano Sanitario Integrativo per me stesso oppure per garantire l'estensione della copertura al nucleo familiare ai sensi di polizza, devo pagare il relativo premio entro il termine indicato sul modulo di adesione. Posso pagare il premio mediante carta di credito e Sdd.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

La copertura comincia alle ore 0:00 del 01/11/2019 e termina alle ore 24:00 del 31/10/2022.



### **Come posso disdire la polizza?**

In assenza di mancato rinnovo dell'adesione alla polizza, la garanzia cessa i propri effetti nei confronti dei singoli Assicurati al termine dell'annualità per la quale è stato corrisposto il premio.

# POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DIP

Documento informativo precontrattuale dei contratti  
di assicurazione danni (DIP Danni)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Prodotto: Cassa Nazionale del Notariato - Polizza Sanitaria Piano Integrativo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

**Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

Reale Mutua di Assicurazioni società mutua assicuratrice, capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, Via Corte d'Appello, n. civico 11; CAP 10122; città Torino; tel. +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966; sito internet: [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it); e-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it); pec: [realemutua@pec.realemutua.it](mailto:realemutua@pec.realemutua.it).

Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1.977 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 1.917 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>. Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.024,4 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 436,8 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.043,0 milioni di euro;
- solvency ratio: 297, 0%.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Le garanzie di seguito indicate sono integrative rispetto a quelle indicate nel DIP Danni.

### AREA RICOVERO:

- Retta di Degenza dell'Accompagnatore
- Trasporto Sanitario
- Rimpatrio della salma

### Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



## Ci sono limiti di copertura?

### LIMITI DI ETÀ

Non è previsto alcun limite di età.

### TERMINI DI CARENZA

Non sono previsti termini di carenza. La copertura opera senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi preesistenti alla data di attivazione del presente contratto.

GARANZIA	FRANCHIGIA	SCOPERTO	MASSIMO SCOPERTO	MASSIMO INDENNIZZO GARANZIA
Massimale per tutte le prestazioni del Capitolato	–	–	–	€ 200.000,00
Ricovero presso strutture in convenzione con la Società	–	–	–	–
Ricovero presso strutture non convenzionate con la Società	–	10%; in caso di day hospital o intervento ambulatoriale 30% per gli attivi e 35% per i quiescenti	–	–
Retta di degenza dell'accompagnatore	–	–	–	€ 100,00 al dì
Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica presso strutture convenzionate	–	–	–	€ 5.000,00 per anno / nucleo
Pacchetto Maternità	–	–	–	n. 3 ecografie di controllo n. 8 analisi clinico chimiche n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche
Protesi ortopediche e apparecchi acustici	–	20%	–	€ 3.200,00 anno / nucleo
Cure Odontoiatriche	A seconda della prestazione effettuata	A seconda della prestazione effettuata	A seconda della prestazione effettuata	A seconda della prestazione effettuata



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

#### Denuncia di sinistro

UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato deve telefonare alla Centrale Operativa di Blue Assistance per l'attivazione della liquidazione in forma diretta entro 72 h lavorative dalla prestazione.

UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE O RICORSO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'Assicurato deve richiedere il rimborso delle spese sostenute inviando la denuncia del sinistro a Blue Assistance allegando la certificazione medica e di spesa.

#### Prescrizione legale

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### **Dichiarazioni inesatte o reticenti**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

### **Obblighi dell'impresa**

Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

### **Ulteriori obblighi del Contraente**

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le Condizioni di Assicurazione nonché a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili all'impresa. Al termine di ciascun anno assicurativo, il Contraente dovrà fornire a Reale Mutua i dati necessari alla determinazione consuntiva del premio, eventualmente non ancora comunicati.



### **Quando e come devo pagare?**

#### **Premio**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

#### **Durata**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

#### **Sospensione**

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.



### **Come posso disdire la polizza?**

#### **Ripensamento dopo la stipulazione**

Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.



### **A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto si rivolge ai Professionisti attivi e quiescenti iscritti alla Cassa Nazionale del Notariato; la copertura può essere estesa, dietro richiesta di ciascun iscritto e con costi a suo carico, al relativo nucleo familiare.



### **Quali costi devo sostenere?**

Sulla base delle rilevazioni contabili dell'ultimo esercizio relativi al presente prodotto, l'ammontare della quota parte percepita dall' Intermediario è pari allo 0,89% dei premi contabilizzati.

## **COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**

### **ALL'IMPRESA ASSICURATRICE**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it).

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

## ALL'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

Prima di ricorrere all'autorità giudiziaria è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

### ▪ **Mediazione**

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it). (Legge 9/8/2013, n. 98)

### ▪ **Negoziazione assistita**

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

### ▪ **Commissione di garanzia**

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: [commissione.garanziaassicurato@realemutua.it](mailto:commissione.garanziaassicurato@realemutua.it). La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it).

### ▪ **Arbitrato**

Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

## MODULO DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2019 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2022 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31/01/2020.

Il presente modulo, compilato e sottoscritto, dovrà essere spedito entro il 31 Gennaio 2020 alla **Società Reale Mutua Assicurazioni** per via e-mail: [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178 2215562.

AFFINCHÉ REALE MUTUA ASSICURAZIONI E BLUE ASSISTANCE POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, E' NECESSARIO PRESTARE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

### Consenso necessario al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa allegata, in materia di trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679, ACCONSENTO / ACCONSENTIAMO al trattamento dei miei/nostri dati personali, incluse categorie particolari di dati che mi/ci riguardano, per le finalità, secondo le modalità e i soggetti indicati nella predetta informativa.

Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Nome e cognome dell'interessato (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma del titolare di polizza \_\_\_\_\_

**II SOTTOSCRITTO:**     Notaio in attività     Pensionato o titolare di pensione notarile

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CodiceFiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Sesso:     M     F

Nato il: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefoni (Fisso) \_\_\_\_\_

(Mobile) \_\_\_\_\_



## DICHIARA

di voler aderire al predetto **Piano Sanitario Integrativo di durata triennale**, versando a Cassa Previass Il il relativo contributo annuo attualmente pari ad (BARRARE LA CASELLA DI PROPRIO INTERESSE):

- € 1.292,70 per l'Aderente che scelga di assicurare solo sé stesso – **"Formula Single"**
- € 2.222,70 per l'Aderente che intenda assicurare sé stesso unitamente al nucleo familiare\* – **"Formula Family"**

*\*N.B. I figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni che risultino conviventi, non sono ricompresi nel nucleo familiare, tuttavia hanno la possibilità di aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "base + integrativa single" previo versamento di € 995,10 del contributo complessivo previsto.*

**Definizione di Nucleo:** Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere, e dai figli fiscalmente a carico, conviventi e non conviventi. I figli conviventi, non a carico, con età non superiore ai 30 anni, rientrano nel novero di nucleo familiare. Sono altresì inclusi nel nucleo familiare 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. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente.

<b>Coniuge<sup>1</sup> / Convivente more uxorio/ Unito civilmente</b>	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il _____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov ( _____ ) Nazione _____
<b>Figlio</b>	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il _____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov ( _____ ) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO*
<b>Figlio</b>	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il _____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov ( _____ ) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO*
<b>Figlio</b>	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il _____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov ( _____ ) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO*
<b>Figlio</b>	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nato il _____ Indirizzo _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov ( _____ ) Nazione _____ Convivente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiscalmente a carico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO*

<sup>1</sup> Coniuge non legalmente separato



**SI IMPEGNA A VERSARE ANNUALMENTE CON LE MODALITA' DI SEGUITO INDICATE:**

**a) Per la prima annualità 01.11.2019/31.10.2020 l'importo di:**

€ \_ \_ \_ \_ , \_ \_

**TABELLA CONTRIBUTI**

Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Single	€ 1.292,70
Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Family	€ 2.222,70
Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Single con l'aggiunta della Adesione alla Copertura Sanitaria Completa di figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni (conviventi)	€ 2.287,80 (1 figlio e nessun altro membro del nucleo familiare) € 3.282,90 (2 figli e nessun altro membro del nucleo familiare) Aggiungere € 995,10 al contributo previsto per la formula single per ogni figlio come da descrizione riporta accanto
Adesione Piano Sanitario Integrativo Formula Family con aggiunta della Adesione alla Copertura Sanitaria Completa di Figli non fiscalmente a carico di età superiore ai 30 anni (conviventi)	€ 3.217,80 (1 figlio) € 4.212,90 (2 figli) Aggiungere € 995,10 al contributo previsto per la formula family per ogni figlio come da descrizione riportata accanto

**b) il contributo annuo relativo alla seconda annualità 01.11.2020/31.10.2021;**

**c) il contributo annuo relativo alla terza annualità 01.11.2021/31.10.2022.**

A MEZZO DI:  **S.D.D. RATA UNICA**  **S.D.D. FRAZIONAMENTO IN 12 RATE**  **CARTA DI CREDITO\***

\* Per effettuare la procedura di pagamento con **Carta di Credito** l'Aderente deve cliccare sul link presente all'interno del sito della Cassa Nazionale del Notariato, nella sezione "Adesione Modalità Cartacea" del Piano integrativo.

**DICHIARA:**

- di impegnarsi a versare i contributi di cui ai precedenti punti a), b) e c), per la copertura sanitaria triennale da me scelta e garantita dal Piano Sanitario Integrativo reso disponibile dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- di impegnarsi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa Previass Il e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della propria posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei propri dati anagrafici e del Nucleo Familiare iscritto se presente.

**Reale Mutua Assicurazioni si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'Assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese. L'adesione al Piano Sanitario Integrativo impegna l'Assistito al versamento dei contributi dovuti a Previass Il per l'intera durata triennale delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato. Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2019 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2022 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31/01/2020.**

**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme comporta il rigetto della domandapresentata.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Titolare: \_\_\_\_\_



**RIFERIMENTO MANDATO**  
**MODULO DI AUTORIZZAZIONE S.D.D.**

**DATI DEL DEBITORE:**

Cognome: _____	
Nome: _____	
Indirizzo: _____	n° _____ CAP: _____
Località: _____	Provincia: _____ Comune: _____
Codice Fiscale: _____	
IBAN: <input type="text"/>	
Banca: _____	Codice Swift (BIC) _____

**DATI DEL CREDITORE:**

<p><b>Ragione sociale:</b> Cassa Internazionale di Assistenza per le Aziende Clienti del Gruppo Willis S.p.a. PREVIASS II <b>Sede legale:</b> via Padova n° 55 - CAP: 10152 - Località: Torino - Provincia: (TO) - Paese: Italia <b>Codice identificativo:</b> IT73PRV0000097552610012</p>
--

**Il sottoscritto Debitore autorizza:**

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopraindicato

**addebiti in via continuativa**

**N.B:** gli addebiti sono limitati ai contributi dovuti a Previass II per la copertura triennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base che decorre dal 01.11.2019 e cesserà il 31.10.2022.

- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Cognome e nome del sottoscrittore: \_\_\_\_\_

Codice fiscale del sottoscrittore: \_\_\_\_\_

(le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del debitore \_\_\_\_\_

**La copia del presente modulo**, compilata e sottoscritta entro il 31 Gennaio 2020, **dovrà pervenire alla Società Reale MutuaAssicurazioni** per via:

E-mail: [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178 2215562.



**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE  
PIANO INTEGRATIVO CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO 2019-2020**

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

**PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.**

1. È interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato?  SI  NO
2. Non ha altre coperture sanitarie ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali?  SI  NO
3. È interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo Cassa Nazionale del Notariato per i Suoi familiari?  SI  NO
4. È interessato ad ampliare per i suoi familiari le garanzie sanitarie?  SI  NO
5. Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Integrativo ?  SI  NO
6. Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri?  SI  NO
7. Il costo per l'estensione del Piano Integrativo è in linea con la sua disponibilità di spesa?  SI  NO
8. Il costo per l'estensione del Piano Integrativo anche ai suoi familiari è in linea con la sua disponibilità di spesa?  SI  NO

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_



**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE  
PIANO INTEGRATIVO CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO**

**PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:**

**A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande *SI – SI, SONO INTERESSATO - NON HANNO ALTRE COPERTURE* e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:**

Gentile Iscritto,  
avendo lei risposto *SI – SI, SONO INTERESSATO – NON HANNO ALTRE COPERTURE* a tutte le domande del questionario, il Piano sanitario Integrativo risulta adeguato.  
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Confermo di voler procedere  SI

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato (leggibile) \_\_\_\_\_

---

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE**

**B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:**

Gentile Iscritto,  
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.  
Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunque stipulare il contratto.  
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Confermo di voler procedere  SI

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato (leggibile) \_\_\_\_\_

---

**DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE ALMENO UNA RISPOSTA**

**C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta, ha risposto a tutte le domande e desidera procedere, scriva una mail a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.**

Gentile Iscritto,  
in relazione alle risposte fornite, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari. In particolare il prodotto potrebbe essere potenzialmente inadeguato stante la/e risposte negative da Lei fornite nel questionario dell'adeguatezza.  
Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di essere consapevole che la copertura relativa al Piano Integrativo non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari e di voler comunque stipulare il contratto. Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito Cassa Nazionale del Notariato e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it)

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Interessato (leggibile) \_\_\_\_\_



## Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 2016/679

**1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altri menti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere obblighi di legge.

**2. Base giuridica del trattamento** - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.

**3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.

**4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situato anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute di cui all'art. 9 del Regolamento, potranno, infine, essere comunicati al contraente della polizza assicurativa, di cui l'interessato è beneficiario, per darvi esecuzione. I dati personali acquisiti non saranno, in ogni caso, soggetti a diffusione.

**5. Trasferimento dei dati all'estero** - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

**6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento)** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengono trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza, non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it). Qualora intenda rivolgere un'istanza in merito al trattamento dei Suoi dati personali potrà contattare direttamente il Responsabile della protezione dei dati (DPO) al seguente indirizzo di posta elettronica: [dpo@realemutua.it](mailto:dpo@realemutua.it).

**7. Titolare del trattamento** - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino. Il/La sottoscritto/a presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei propri dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.



## RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Estremi della polizza a cui si riferisce la dichiarazione:

Impresa di Assicurazione	REALE MUTUA ASSICURAZIONI
Ramo	MALATTIA
N° Polizza*	2019/05/2845656

**In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018, dichiara di avere ricevuto la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Si prega vivamente di restituire la presente ricevuta compilata e sottoscritta, unitamente a tutta la restante documentazione prevista per il modulo di adesione all'indirizzo email [affarispeciali@realemutua.it](mailto:affarispeciali@realemutua.it) oppure in alternativa al numero di fax 178 2215562.



Cassa Previass II – Cassa Nazionale del Notariato  
NOTAI e TITOLARI DI PENSIONE

# MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO SPESE SANITARIE

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Da utilizzare solo laddove non sia stato possibile utilizzare la procedura online presente sull'Area Riservata [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it) con accesso anche dal sito [www.cassanotariato.it](http://www.cassanotariato.it)

Da inviare in formato cartaceo (copia) a Blue Assistance  
Ufficio Liquidazione Danni – Via Santa Maria, 11 - 10122 – Torino

AZIENDA/ENTE *Cassa Nazionale del Notariato*

ISCRITTO Cognome e nome

ASSISTITO Persona cui si riferiscono le spese

Iscritto  Coniuge/Convivente  Figlio

CODICE FISCALE MAIL

Indirizzo ove restituire la documentazione se inviata in originale

VIA/C.SO NUM. CIV.

CAP LOCALITÀ PROV.

RECAPITO TELEFONICO

Altre coperture sanitarie del nucleo familiare  NO  SI

Compagnia/Fondo/Cassa

Desidero attivare per questa denuncia il servizio **INFO SMS** sullo stato della pratica.

N. CELLULARE

## Dati Bancari (Obbligatoria)

COGNOME E NOME DEL/I TITOLARE/I DEL C/C

IBAN



## EVENTO CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

### RICOVERI e/o INTERVENTI

- Ricovero con/senza intervento chirurgico
- Day Hospital con/senza intervento chirurgico
- Intervento ambulatoriale
- Parto naturale
- Parto cesareo/aborto terapeutico
- pre e/o post ricovero/intervento

Periodo di degenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Motivo del ricovero \_\_\_\_\_

### Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Ricovero/Day Hospital: copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria
- Intervento ambulatoriale: relazione medica riportante il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Fotocopia degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc), quietanzati e con marca da bollo (se richiesta), relativi all'evento
- Diaria sostitutiva (riconosciuta per i ricoveri a totale carico del SSN): copia della cartella clinica completa rilasciata da struttura sanitaria

EXTRARICOVERO (prestazioni non connesse a Ricoveri e/o interventi)

Patologia Specificare "prevenzione" in caso di prestazioni di medicina preventiva \_\_\_\_\_

Prestazione (Diagnostica, Prevenzione, Visite) \_\_\_\_\_

### Documentazione da allegare alla richiesta di rimborso:

- Fotocopia della prescrizione medica con indicazione della presunta patologia e/o della relativa diagnosi
- Fotocopia degli eventuali giustificativi di spesa (fatture, parcelle, etc), quietanzati e con marca da bollo (se richiesta), relativi all'evento
- Follow up oncologico: necessaria la copia del tesserino di esenzione 048
- Pacchetto maternità: obbligo del certificato di gravidanza e inoltro in unica soluzione
- Non autosufficienza: necessario verbale di invalidità 100% con accompagnamento accertato
- Fotocopia del Certificato del Pronto Soccorso (in caso di infortunio)
- Documentazione relativa a prestazione già presa in carico da Blue Assistance in forma diretta

### DOCUMENTAZIONE DI SPESA (da allegare in Fotocopia)

N° ricevuta	Data	Ente emittente / Professionista	Importo in Euro

Data: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistito: \_\_\_\_\_



Si ricorda che per qualsiasi informazione e/o richiesta di supporto di carattere amministrativo, rimarrà a totale disposizione degli Assisti il numero verde **800.183.433** (scelta 3) raggiungibile da telefono fisso e cellulare.

**Numeri Utili**

- numero verde Blue Assistance **800.183.433**
- numero verde Blue Assistance dall'estero **+39 011.741.7419**
- riferimento Ufficio Sinistri Complessi Previdenza **[sinistricomplessiprevidenza@realemutua.it](mailto:sinistricomplessiprevidenza@realemutua.it)**

**Servizio Clienti  
Buongiorno Reale**  
**800 320 320**

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20  
[buongiornoreale@realemutua.it](mailto:buongiornoreale@realemutua.it)

**Assistenza per la salute**

**800 183 433**

dall'Italia

**011 7417419**

dall'Estero

dalle ore 9 alle ore 19.30, dal lunedì  
al venerdì, per le prestazioni sanitarie

24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per le  
prestazioni di assistenza



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - 10122 Torino - Iscritta al Registro delle Imprese di Torino - R.E.A. n. 9806 - Indirizzo PEC: [realemutua@pec.realemutua.it](mailto:realemutua@pec.realemutua.it)



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.