

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****A. 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 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966. Sito internet: www.realemutua.it. E-mail: buongiorno reale@realemutua.it Posta Elettronica Certificata (PEC): 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

- a) 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%.

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**1. 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.

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. Info su: 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.

2. 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.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Glossario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Glossario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Glossario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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 verifichino 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.



Glossario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Oggetto della Copertura

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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 dall'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).



Oggetto della Copertura

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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:

- 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;



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 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 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.



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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 conguaglio 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.



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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:

- 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;
- b) comunicare prontamente in forma scritta alla Cassa Nazionale del Notariato le situazioni reali o potenziali di conflitto d'interesse sorte durante lo svolgimento del Servizio e ad attenersi alle istruzioni impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- c) dare immediata comunicazione alla Cassa Nazionale del Notariato di ogni circostanza, avvenimento o fatto che abbia influenza sull'esecuzione del Servizio, ivi comprese le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione dello stesso; tale comunicazione dovrà pervenire alla Cassa Nazionale del Notariato entro 10 giorni dall'intervenuta modifica;
- d) attenersi a tutte le indicazioni e direttive relative all'esecuzione contrattuale che saranno impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato tramite il Responsabile dell'esecuzione del contratto;
- e) manlevare e tenere indenne Cassa Nazionale del Notariato da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza e sanitarie vigenti;
- f) predisporre tutti gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire elevati livelli di servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza, secondo tutte le norme e le prescrizioni in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate.

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

2.12.3 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.



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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) 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;



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 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:



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 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



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

contrastati 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



Condizioni Generali di Assicurazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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).



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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%.



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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:

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



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

(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 sempreché 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 sempreché 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.



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Art. 4.4.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico

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

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

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

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

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) 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 Morboso 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 morboso, 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



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOTOMOGRFIA
- 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



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 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);



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 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:



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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:



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Garanzie Piano Sanitario

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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 radiocirurgia 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;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, 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;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococchi 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;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprosesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgia della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi 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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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%



Elenco II - Gravi Eventi Morbosi

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.



Garanzie Accessorie

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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.

