

CONVENZIONE

tra

Reale Mutua di Assicurazioni

e

Cassa Nazionale del Notariato

per

la copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa in favore dei notai in esercizio, dei titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato e del personale in servizio e in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato che del Consiglio Nazionale del Notariato con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO



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 – Cassa Prevint**
P.IVA: 80052310580

Si stipula la presente

Convenzione Rimborso Spese Mediche – Piano Sanitario Integrativo

Decorrenza: dalle ore 00:00 del 01/11/2025

Scadenza: alle ore 24:00 del 31/10/2027

Ai sensi di quanto indicato all'Art. 2 della Sezione I, in assenza di comunicazione scritta di disdetta da far pervenire all'altra parte entro e non oltre il 31/12/2026, il contratto si intenderà automaticamente prorogato per un'ulteriore annualità con effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/11/2027 alle ore 24:00 del giorno 31/10/2028.

CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE**VIENE STIPULATA LA PRESENTE CONVENZIONE****A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE****1. Informazioni generali**

Società Reale Mutua di Assicurazioni - forma giuridica: Società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).

Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.

Sito internet: www.realemutua.it.

E-mail: buongiornoale@realemutua.it

Posta Elettronica Certificata (PEC): realemutua@pec.realemutua.it

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

Dati al 31/12/2024 :

- Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.810
- Risultato di esercizio : 393 milioni di euro.
- Solvency ratio: 418,4%

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>.

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: buongiornoale@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 Prevint (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 Prevint *Cassa di Assistenza* iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al decreto Min.Lav. del 27/10/2009 la quale dichiara di essere idonea ed abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per la categoria assicurata di cui ai successivi artt. 1.2 e 1.4 della Sezione 1 della presente *polizza*, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste nella presente *polizza*, 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.

Sommario

DEFINIZIONI.....	8
SEZIONE 1 – OGGETTO, EFFETTO E DURATA, ASSISTITI E CONTRIBUTI	13
Art. 1 Oggetto della Copertura.....	13
Art. 2 Effetto e durata	13
Art. 3 Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza	13
Art. 4 Assistiti	13
Art. 5 Formule ad adesione	13
Art. 6 Nucleo familiare coperto tramite adesione alla formula family	14
Art. 7 Variazioni degli Assistiti in corso d’annualità assicurativa	15
Art. 8 Modalità di adesione e di pagamento.....	16
Art. 9 Importo dei contributi	17
Art. 10 Operatività della copertura	17
Art. 11 Limiti di età.....	17
SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	18
Art. 1 Assicurazione per conto Altrui	18
Art. 2 Estensione territoriale.....	18
Art. 3 Ambito di applicazione	18
Art. 4 Rischi esclusi dall’assicurazione.....	18
Art. 5 Oneri fiscali.....	19
Art. 6 Altre assicurazioni	19
Art. 7 Clausola Broker.....	19
Art. 8 Forma delle comunicazioni	19
Art. 9 Rinuncia al recesso dal contratto	19
Art. 10 Oneri a carico della Società	20
Art. 11 Obblighi della Società– Attività di supporto e assistenza agli Assistiti.....	21
Art. 12 Modifica delle condizioni	23
Art. 13 Commissione paritetica.....	23
Art. 14 Mediazione	23
Art. 15 Foro competente.....	23
Art. 16 Interpretazione delle garanzie	23



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

Art. 17 Tutela della Privacy.....	23
Art. 18 Rinvio alle norme di legge	24
Art. 19 Anticipi.....	24
SEZIONE 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni	25
Art. 1 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società - Assistenza diretta	25
Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società, ma con equipe medica non convenzionata - Assistenza mista.....	26
Art. 3 Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società o, se convenzionate, per le quali non sia stata richiesta la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui al precedente articolo 1 - Assistenza indiretta (rimborso)	26
Art. 4 Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale	27
Art. 5 Prestazioni in libera professione intramuraria.....	27
Art. 6 Concorso di più assicurazioni	28
SEZIONE 4 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO.....	29
Art. 1 Beneficiari delle Prestazioni	29
Art. 2 Massimale Assicurato	29
Art. 3 Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto	29
Art. 4 <i>Indennità sostitutiva</i>	32
Art. 5 Visite specialistiche, diagnostica corrente, prestazioni terapeutiche e fisioterapiche	32
Art. 6 Pacchetto maternità.....	33
Art. 7 Protesi ortopediche, apparecchi acustici e ausili medici	33
Art. 8 Cure Odontoiatriche.....	34
SEZIONE 5 – GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI	36
Art. 1 Servizi di informazione	36
Art. 2 Prestazioni di assistenza	36

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' <i>Assistito</i> .
Annualità assicurativa	Periodo in cui la <i>polizza</i> garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della <i>polizza</i> , quindi dalle ore 00.00 del giorno 01/11 fino alle ore 24.00 del giorno 31/10.
Assicurazione	Il contratto di <i>Assicurazione</i> .
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l' <i>Assistito</i> riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla <i>polizza</i> presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando la <i>Società</i> al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dalla <i>struttura sanitaria convenzionata</i> e solo previa autorizzazione della <i>Centrale operativa</i> .
Assistenza indiretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l' <i>Assistito</i> riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla <i>polizza</i> presso le strutture sanitarie non convenzionate o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.
Assistenza mista	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l' <i>assistenza diretta</i> riguarda solo l' <i>Istituto di cura</i> mentre il pagamento delle spese del personale medico avviene mediante rimborso.
Assistenza infermieristica	L' <i>assistenza infermieristica</i> prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Assistito	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Associato	La Cassa Nazionale del Notariato aderente alla <i>Cassa di Assistenza</i>
Broker	<i>Società</i> incaricata di fornire i servizi di assistenza e consulenza relativi ai piani assicurativi della Cassa Nazionale del Notariato, nonché la collaborazione alla gestione e alla esecuzione dei relativi contratti.

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

Cassa di Assistenza	La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Categorie assicurate	L' <i>assicurazione</i> è prestata a favore di: notai in esercizio, notai in pensione, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, del personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato. Può essere estesa ai relativi familiari, come identificati nella definizione di <i>nucleo familiare</i> .
Centrale operativa	La struttura che, per conto della <i>Società</i> , provvede alla gestione del circuito di <i>Istituti di cura</i> e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l' <i>Assistito</i> che voglia accedere agli stessi.
Certificato di assicurazione	Il documento rilasciato dalla <i>Società</i> che riporta gli elementi principali (decorrenza/scadenza della <i>polizza</i> , il <i>contributo</i> , i soggetti assicurati, ecc.) del Piano Sanitario Integrativo.
Contraente	La <i>Cassa di Assistenza</i> che stipula la <i>polizza</i> per conto altrui e la Cassa del Notariato che aderisce alla stessa <i>Cassa di Assistenza</i> .
Contributo	La somma dovuta alla <i>Cassa di Assistenza</i> per l'attivazione della copertura sanitaria.
Day hospital	La degenza in <i>istituto di cura</i> in esclusivo regime diurno.
Data evento	Per i <i>ricoveri</i> si intende quella in cui avviene il <i>ricovero</i> ; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive – anche non in vigenza di copertura purché nel periodo previsto per il post <i>ricovero</i>) 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 <i>polizza</i> , non è riconducibile al <i>difetto fisico</i> ma è da considerarsi <i>malattia</i> , ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa al difetto preesistente.
Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell' <i>Assistito</i> è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell' <i>Assistito</i> . Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di <i>ricovero</i> è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all' <i>Assistito</i> .



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

Grandi interventi chirurgici	Gli interventi elencati nell'apposito elenco 1 che fa parte integrante del piano sanitario base
Gravi Eventi Morbosi	Gli eventi elencati nell'apposito elenco 2 che fa parte integrante del piano sanitario base.
Indennità sostitutiva	L'importo giornaliero erogato dalla <i>Società</i> che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso di spese per prestazioni effettuate durante il <i>ricovero</i> o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post <i>ricovero</i> e delle garanzie accessorie indicate in garanzia che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel postintervento
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
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 <i>malattia</i> , che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da <i>infortunio</i> .
Malattia oncologica	Ogni <i>malattia</i> determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre inclusi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Malformazione	Qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo. Ai fini delle esclusioni di <i>polizza</i> , non è riconducibile al <i>difetto fisico</i> ma è da considerarsi

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

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 della stessa *annualità assicurativa*.

Nucleo familiare

Il *nucleo familiare* a cui è possibile estendere con onere a proprio carico il piano sanitario base è composto dal capo nucleo, dal coniuge/partner unito civilmente non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente di fatto risultante dallo stato di famiglia, 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 conviventi non fiscalmente a carico fino al compimento di 30 anni e 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 partner unito civilmente e del convivente di fatto. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Polizza

Il documento che prova l'*assicurazione*.

Presa in carico

Autorizzazione rilasciata dalla *Società* all'effettuazione della prestazione sanitaria all'interno della *struttura sanitaria convenzionata*.

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*

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*.

Scoperto

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

Sinistro

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



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

Struttura sanitaria convenzionata	Le strutture di cura convenzionate con la <i>Società</i> alle quali l' <i>Assistito</i> può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in <i>polizza</i> nonché previste dalle convenzioni stesse.
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 <i>malattia</i> o <i>infortunio</i> .
Visita specialistica	Visita effettuata da medico specialista. Qualora nell'ambito di una <i>visita specialistica</i> vengano effettuati test ed esami finalizzati alla diagnosi, questi verranno considerati tutt'uno con la visita e, pertanto, unica prestazione.

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

SEZIONE 1 – OGGETTO, EFFETTO E DURATA, ASSISTITI E CONTRIBUTI

Art. 1 Oggetto della Copertura

Oggetto della presente *Assicurazione* è la copertura delle spese sanitarie a favore dei soggetti *Assistiti* indicati all'art. 4 sostenute in conseguenza a *malattia* e *infortunio* nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti.

Art. 2 Effetto e durata

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui all'art. 4 lettere A e B ha durata di 24 mesi con effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/11/2025 e scadenza alle ore 24:00 del giorno 31/10/2027.

In assenza di comunicazione scritta di disdetta da far pervenire all'altra parte entro e non oltre il 31/12/2026, il contratto si intenderà automaticamente prorogato per un'ulteriore annualità con effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/11/2027 alle ore 24:00 del giorno 31/10/2028.

A tale ultima data la copertura, nonché l'adesione della Cassa Nazionale del Notariato alla *Cassa di Assistenza* sanitaria, si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Nei casi eccezionali, di cui all'art. 120 comma 11 del Codice, il contratto in corso di esecuzione può essere prorogato per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo *Contraente* e comunque per un periodo non superiore a sei mesi. In tal caso il *Contraente* e la Compagnia sono tenuti all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

Art. 3 Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza

Qualora il *ricovero* abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'*assicurazione* stessa, sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'*istituto di cura*, per tutte le spese anche post *ricovero* previste dal piano sanitario.

Art. 4 Assistiti

Sono *Assistiti* dal piano sanitario integrativo i titolari del piano sanitario collettivo base che abbiano aderito su base volontaria e con onere a proprio carico al presente piano sanitario nella formula single e i titolari con i *nuclei familiari* che abbiano aderito al piano sanitario nella formula family. Per aderire al piano integrativo è prevista un'unica finestra di adesione per l'intera durata del contratto nelle modalità e nelle tempistiche definite dalla Cassa del Notariato.

Art. 5 Formule ad adesione

Il Piano Sanitario Integrativo prevede due formule di adesione:

- La formula **Single** con cui il titolare aderisce individualmente.



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

- La formula **Family** con cui il titolare aderisce unitamente al proprio *nucleo familiare* così come definito al successivo art. 6 estendendo automaticamente a quest'ultimo anche il piano sanitario base.

Art. 6 Nucleo familiare coperto tramite adesione alla formula family

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 conviventi, non fiscalmente a carico, fino al compimento di 30 anni e 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. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del partner unito civilmente e del convivente di fatto.

I figli conviventi, non fiscalmente a carico, che abbiano compiuto 30 anni non rientrano nel *nucleo familiare* ma possono essere inclusi in copertura previo versamento del 50% del *contributo* complessivo previsto per la formula unica "Base+ integrativa single".

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.

La totalità dei componenti del *nucleo familiare* del titolare di *polizza* risultanti dallo stato di famiglia alla data di effetto del contratto, deve essere inclusa in copertura family contestualmente al titolare. L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di effetto del contratto è consentita solamente nei casi regolamentati dall'art. 7.

Familiari	Copertura tramite adesione a formula "family"
Coniuge non legalmente separato convivente more uxorio – unito civilmente	SI
Figli fiscalmente a carico anche non convivente senza limite di età	SI
Figli non fiscalmente a carico, convivente , entro i 30 anni	SI

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

Figli non convivente per il quale vi sia obbligo di mantenimento economico a seguito di separazione o divorzio	SI
Figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo senza limite di età	SI
Figli non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	NO Può aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "Base + Integrativa Single" versando il 50% del <i>contributo</i> complessivo previsto.

Art. 7 Variazioni degli Assistiti in corso d'annualità assicurativa

A) Titolare in esercizio/attività che diventi pensionato

Il titolare in esercizio/attività, unitamente al *nucleo familiare* se coperto, che diventi pensionato nel corso dell'*annualità assicurativa* continuerà a godere della copertura sanitaria come se fosse in esercizio/servizio, sino alla scadenza della stessa. A decorrere dall'annualità successiva usufruirà della copertura sanitaria prevista per i titolari di pensione.

B) Nuovo titolare in esercizio/attività o in pensione

Il nuovo titolare di cui alla sezione 1, art. 6 lettere B, C e D del piano sanitario base potrà aderire al piano integrativo entro 60 gg dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base inviata dalla Cassa del Notariato. Per la prima annualità la *Società* calcolerà l'importo da addebitare come rateo mensile a partire dal primo giorno del mese di adesione.

La decorrenza della copertura sanitaria Integrativa si intende, in ogni caso, parificata alla decorrenza della copertura di base.

Il familiare del titolare deceduto, avente diritto a pensione, che sia stato coperto dal piano sanitario come beneficiario ad inizio del periodo assicurativo e che ne sia uscito per decesso del titolare, potrà continuare a godere del piano sanitario integrativo in continuità con decorrenza retroattiva alla data di inizio dell'annualità. **Tuttavia, nel periodo intercorrente dalla data di inizio annualità alla data della delibera potrà godere solo dell'assistenza indiretta.**

C) Decesso del titolare di copertura sanitaria

In caso di decesso del Titolare, i familiari estesi in copertura come beneficiari continueranno a godere della copertura integrativa fino allo scadere dell'*annualità assicurativa*.

Al di fuori dei casi previsti all'art. 6 lettere B e C del piano sanitario base non sarà possibile rinnovare le coperture per le annualità successive.

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

D) Inclusione di nuovi familiari

L'inclusione di nuovi familiari in corso d'*annualità assicurativa* in un momento successivo all'iniziale adesione è consentita solamente nel caso di variazione del carico fiscale o del *nucleo familiare* così come risultante dallo stato di famiglia, in conseguenza a nuove nascite, adozioni, costituzioni di nuovi *nuclei familiari*.

La comunicazione dovrà essere fatta pervenire alla *Società* **entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica** e avrà effetto dalla data della variazione. **Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza sopra indicata, la copertura decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.**

Nel caso di adesione iniziale alla formula Integrativa single, l'inclusione di un nuovo familiare dovrà essere perfezionata con l'invio del modulo di adesione alla formula family.

Per la prima annualità la *Società* calcolerà l'importo corrispondente al cambio formula da addebitare come rateo mensile a partire dal primo giorno del mese di adesione.

E) Esclusioni di familiare

Il venir meno dei requisiti per la copertura di una familiare deve essere comunicato dal titolare entro l'anno assicurativo di competenza e non produrrà effetto ai fini della presente copertura fino alla scadenza dell'*annualità assicurativa*. Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Qualora l'esclusione di un familiare comporti il passaggio dalla formula family alla formula single, dovrà essere perfezionata con l'inoltro di nuovo modulo di adesione a fronte del quale, la *Società* ricalcolerà il *contributo* annuale da addebitare per le annualità restanti.

In nessun caso la *Società* restituirà somme all'*Assistito* in conseguenza a comunicazioni non effettuate entro i termini sopra indicati.

Art. 8 Modalità di adesione e di pagamento

Per aderire al presente Piano Sanitario, è necessario inviare alla *Società* il modulo di adesione, **sottoscritto e compilato in ogni sua parte entro 3 mesi dalla data di decorrenza della prima annualità di polizza**, cioè entro il 31/01/2026.

Scaduto tale termine non sarà più possibile aderire se non secondo quanto previsto nel precedente articolo 7.

Il *contributo* integrativo annuo di cui al successivo art. 9, comunque dovuto, verrà corrisposto direttamente dall'*Assistito* alla Cassa Sanitaria attraverso le seguenti modalità:

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

L'aderente è tenuto a comunicare tempestivamente alla *Società* ogni variazione delle proprie coordinate bancarie per garantire il corretto addebito delle rate di *contributo*.

In caso di mancato buon fine del pagamento non dipendente dalla *Società*, quest'ultima può sospendere la copertura.



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

Art. 9 Importo dei contributi

Il *contributo* annuo a carico del titolare relativo alla presente sezione si intende: pari ad **€ 1.177,40** per la formula Single; pari ad **€ 3.690,92** per la formula Family; pari ad **€ 1.138,70** per il figlio convivente, non a carico, con età superiore ai 30 anni (50% del *contributo* complessivo Base + Integrativa Single come importo unico).

Per le nuove inclusioni normate negli articoli precedenti, il versamento del *contributo* per la prima annualità sarà computato con rateo mensile fino alla scadenza della stessa a partire dal primo giorno del mese di adesione.

Art. 10 Operatività della copertura

Per tutti gli *Assistiti* che alla data del 1/11/2025 risultassero in copertura nella *polizza* integrativa in essere con il precedente appalto, la presente *polizza* opera senza soluzione di continuità per tutte le garanzie prestate.

Per i nuovi aderenti, la *polizza* ha efficacia per le spese effettuate successivamente alla data di adesione a seguito di *malattie*, anche pregresse, e di infortuni occorsi successivamente alla data di adesione.

Art. 11 Limiti di età

Non è previsto alcun limite di età.

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

SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Assicurazione per conto Altrui

La presente *assicurazione* è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla *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 Estensione territoriale

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

Art. 3 Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui alla successiva sez. 4 "Prestazioni del piano sanitario Integrativo" 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 decorrenza o di attivazione della presente copertura assicurativa, fermo quanto previsto all'art. 10, sez. 1 per gli aderenti facoltativamente *Assistiti*.
- 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 alla data di decorrenza o di attivazione della presente copertura assicurativa. Tali spese sono indennizzate dalla *Società* nel rispetto di quanto disposto dalla presente *assicurazione*.

Art. 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**;



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. 5 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del singolo aderente.

Art. 6 Altre assicurazioni

La **Contraente** è tenuta a denunciare alla **Società** l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo **rischio**. L'**Assistito** è esonerato dal dichiarare alla **Società** l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo **rischio**, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di **sinistro** già parzialmente liquidato dalla stessa. Si ricorda che non è possibile ottenere un rimborso superiore alla spesa effettuata.

Art. 7 Clausola Broker

La Cassa Nazionale del Notariato è assistita da Marsh S.p.A. – Viale Luigi Bodio, 33 – 20158 Milano, per la gestione tecnica e amministrativa del contratto di *assicurazione*.

Marsh verrà remunerata secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di *Assicurazione*, con il riconoscimento di una provvigione pari al 0,7525% dei premi imponibili che la *Cassa di Assistenza* pagherà alla compagnia.

Art. 8 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata o posta elettronica certificata o con posta elettronica semplice.

Art. 9 Rinuncia al recesso dal contratto



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

La *Società* in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto. Si rinvia a quanto previsto dall'art. 2 "Effetto e durata" della sezione 1 della presente *polizza*.

Art. 10 Oneri a carico della Società

Sono a carico della *Società*, 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.

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, la *Società* 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 nella presente *polizza* e in tutta la documentazione di gara. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
- b) comunicare prontamente in forma scritta alla Cassa Nazionale del Notariato le situazioni reali o potenziali di conflitto d'interesse sorte durante lo svolgimento del Servizio e ad attenersi alle istruzioni impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- c) dare immediata comunicazione alla Cassa Nazionale del Notariato di ogni circostanza, avvenimento o fatto che abbia influenza sull'esecuzione del Servizio, ivi comprese le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione dello stesso. Tale comunicazione dovrà pervenire alla Cassa Nazionale del Notariato entro 10 giorni dall'intervenuta modifica, circostanza o avvenimento;
- 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 della *Società*, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo previsto. La *Società*, pertanto, non potrà avanzare richieste di compensi a tale titolo nei confronti di Cassa Nazionale del Notariato.

La *Società*, 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.



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

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 ss.mm.ii., accettando i contributi versati dalla Cassa Nazionale del Notariato e riversando gli stessi sotto forma di premio alla *Società*.

Art. 11 Obblighi della Società– Attività di supporto e assistenza agli Assistiti

La *Società* si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana e si obbliga a fornire supporto e assistenza agli *Assistiti* su tutte le informazioni inerenti le condizioni di *assicurazione*, la rete convenzionata, l'istruttoria delle pratiche di rimborso, l'attivazione dell'*assistenza diretta*, lo stato dei *sinistri*, i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

La *Società* dovrà essere dotata di una *Centrale operativa* raggiungibile attraverso un numero verde dedicato e gratuito sia da fisso che da cellulare per le chiamate nazionali e un numero dedicato per le chiamate internazionali. Il servizio offerto dal numero verde dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- a) essere dedicato esclusivamente alla *polizza* oggetto del presente appalto;
- b) essere almeno operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.30;
- c) consentire di parlare con un operatore dopo una sola scelta multipla.

La *Società* si impegna altresì, in caso di richiesta di *assistenza diretta* a dare riscontro all'*Assistito*, per il tramite della *Centrale operativa*, con la massima celerità e comunque entro il termine massimo di 1 (uno) giorno lavorativo (24 H) dalla prestazione.

1. La *Società* si obbliga, entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'*Assicurazione*, a redigere a proprie spese una Guida all'assistenza sanitaria in formato digitale e cartaceo da inviare all'indirizzo degli *Assistiti* in pensione a mezzo posta, concordando con la Cassa Nazionale del Notariato il testo, le modalità grafiche e la tipologia di materiale. La Guida dovrà, di norma, contenere il testo integrale del piano sanitario e illustrare la modalità del suo utilizzo.
2. La *Società* si obbliga a rendere disponibile un apposito servizio web/sito internet dedicato che consenta all'*Assistito* di accedere con apposite credenziali alla propria area riservata per inoltrare e consultare lo stato di avanzamento delle richieste di *assistenza indiretta* a rimborso e le richieste di *assistenza diretta* nonché consultare le strutture convenzionate e tutte le informazioni relative ai piani sanitari. Il sito web dovrà consentire agli *Assistiti* di visionare la propria situazione assistenziale completa e di scaricare in autonomia i prospetti dei rimborsi.
3. La *Società* si obbliga a rendere disponibile alla Cassa Nazionale del Notariato e al *Broker* un portale web accessibile con apposite credenziali 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”).

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

4. La *Società* si obbliga a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al *Broker*, entro i 15 giorni solari successivi al termine di ogni trimestre, i report dei *sinistri* denunciati in formato excel a partire dalla data di decorrenza del Piano Sanitario suddivisi per *annualità assicurativa*. Tale elenco dovrà essere fornito nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali e dovrà riportare per ciascun *sinistro*:
- Tipologia di *Assistito* a cui è imputato il *sinistro* (notaio in esercizio, titolare di pensione, dipendente in attività o in quiescenza e nell'ambito di queste categorie specificare se trattasi di titolare, coniuge o convivente, e figlio, con l'identificazione anonima del caponucleo)
 - il numero del *sinistro* attribuito dalla *Società*;
 - la data di accadimento dell'evento;
 - la data della denuncia;
 - la tipologia di garanzia distinta per piano sanitario e per prestazione;
 - la tipologia di rimborso (se diretto, indiretto o misto);
 - l'indicazione di età e sesso dell'*Assistito* alla data del *sinistro*;
 - l'indicazione di età all'accadimento del *sinistro*;
 - l'identificazione anonima del caponucleo e del *nucleo familiare* collegato;
 - l'indicazione dello stato del *sinistro* secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) importo richiesto a rimborso pari a euro _____;
 - b) *sinistro* chiuso senza seguito;
 - c) *sinistro* liquidato, in data _____ con liquidazione pari a euro _____;
 - d) *sinistro* aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a euro _____.

Inoltre, la *Società* 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 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 secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

I suddetti dati dovranno essere forniti sino a due anni oltre la data di cessazione dell'*Assicurazione*.

5. La *Società* si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al *Broker* entro i 30 giorni solari successivi al termine di ogni *annualità assicurativa*, l'elenco aggiornato degli *Assistiti* in formato excel, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali. Tale elenco dovrà consentire l'identificazione degli appartenenti ad uno stesso *nucleo familiare* attraverso un codice di identificazione univoco e dovrà riportare:
- Cognome e nome;
 - Codice fiscale;



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

- Data di nascita ed età
- Rapporto di parentela con il titolare (in caso di beneficiari di cui all'art. 4 lettera B, sez. 1);
- Data di decorrenza della copertura.

Art. 12 Modifica delle condizioni

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla presente *polizza* potrà essere introdotta e/o imposta dalla *Società* fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

Art. 13 Commissione paritetica

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

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

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

Art. 14 Mediazione

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 13 "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. 15 Foro competente

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti art. 13 "Commissione paritetica" e 14 "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 la *Società*.

Art. 16 Interpretazione delle garanzie

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

Art. 17 Tutela della Privacy



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

La *Società* 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. 18 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 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 alla *Società* 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 alla *Società* le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

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

SEZIONE 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Art. 1 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società - Assistenza diretta

Rientrano nelle *strutture sanitarie convenzionate* con la *Società* i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati con cui è attivo un rapporto di convenzione diretta. L'elenco aggiornato in tempo reale è messo a disposizione degli *Assistiti* in modalità on line ed è verificabile tramite la *Centrale operativa*. All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in regime di *ricovero*.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento delle strutture e dei medici va preventivamente verificato consultando l'elenco on line o tramite la *Centrale operativa* della *Società*.

L'*Assistito* che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in *ricovero* presso *strutture sanitarie convenzionate* con *presa in carico* diretta deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della *Società -presa in carico-* facendone richiesta tramite Area Riservata *Assistito* o, alternativamente, tramite numero verde **con un preavviso di almeno due giorni lavorativi (48 H) dalla data fissata per la prestazione.**

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 2 (due) giorni lavorativi, la *Centrale operativa* si impegna a gestirla. Limitatamente ai *ricoveri*, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'*Assistito*, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal *ricovero* e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la *presa in carico* del *ricovero* stesso.

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

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

La *Centrale operativa* deve altresì fornire l'importo di eventuali *franchigie* o *scoperti* contrattuali a carico dell'*Assistito*.

La *Società* provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale *scoperto* e *franchigia*, a carico dell'*Assistito* (che deve essere versato direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'*Assistito* da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nell'*assicurazione*.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra la *struttura sanitaria convenzionata* e la *Società*, la stessa

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

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 della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per l'assistenza diretta.**

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. 19.

Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società, ma con equipe medica non convenzionata - Assistenza mista

Qualora venga autorizzato un *intervento chirurgico* o un *ricovero* medico in una struttura convenzionata da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate secondo le modalità descritte nel precedente art. 1, mentre quelle relative al personale medico non convenzionato verranno liquidate con le modalità previste al successivo art. 3, fermo restando che il limite delle somme assicurate previste deve considerarsi come unica disponibilità, sia per quanto riguarda gli importi che saranno oggetto del pagamento diretto da parte della Società alle strutture convenzionate, sia del rimborso delle spese inerenti il personale medico non convenzionato.

Art. 3 Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società o, se convenzionate, per le quali non sia stata richiesta la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui al precedente articolo 1 - Assistenza indiretta (rimborso)

In caso di *assistenza indiretta*, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle *franchigie* e *scoperti* indicati per le singole garanzie.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito deve presentarne richiesta alla Società attraverso la modulistica predisposta dalla stessa Società oppure tramite Area riservata, 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 ed eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra *ricovero*, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in caso di follow up oncologico: tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali (048) e prescrizione medica con patologia;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile o documento equipollente;
- pacchetto maternità: certificato di gravidanza dello specialista con data presunta del parto
- In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia.

Unitamente alla documentazione medica va presentata la fotocopia delle ricevute fiscali, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed in regola con la normativa fiscale.



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, la *Società* avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della già menzionata documentazione.

L'Assistito deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società 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 della Società, 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.

La *Società* effettua il rimborso entro il termine di 30 gg., intesi come naturali e consecutivi, dalla presentazione della domanda di rimborso contenente la documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui alla presente *assicurazione*.

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, la *Società* 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.

Art. 4 Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

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

Nel caso di *ricovero* in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o in strutture con questo convenzionate, qualora l'Assistito sostenga anche delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la *Società* rimborserà integralmente quanto pagato nel limite del *massimale* assicurato, senza applicazione di *franchigie* e *scoperti*.

Art. 5 Prestazioni in libera professione intramuraria

Nel caso in cui un *ricovero*, *day hospital* o *intervento chirurgico* ambulatoriale avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto



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

indicato al precedente art. 1 o art. 3 in dipendenza dell'esistenza o meno di un regime di *assistenza diretta*.

Per i *ricoveri* e le prestazioni extra *ricovero* effettuate 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 art. 4.

Art. 6 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, la *Società* 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.

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

SEZIONE 4 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Art. 1 Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie della presente sezione si applicano agli aderenti al piano sanitario integrativo così come definiti all'art. 4 della sezione 1.

Art. 2 Massimale Assicurato

Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate **fino alla concorrenza della complessiva somma di euro 300.000,00 per annualità assicurativa**, fermi gli eventuali sotto limiti riportati nei successivi articoli.

Tale *massimale* è da intendersi per titolare o per *nucleo familiare* a seconda della formula di adesione single o family.

Art. 3 Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto

Le prestazioni di cui al presente articolo integrano la copertura offerta dal piano sanitario base per Grande *Intervento chirurgico* e dal Grave Evento Morboso.

Art. 3.1 In caso di *intervento chirurgico*, aborto terapeutico, in *istituto di cura* o anche ambulatoriale od in regime di *Day hospital*

La Società rimborsa o prende in carico:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
- b) spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura **nei 90gg. precedenti il ricovero**; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate **nei 120gg. successivi al termine del ricovero** e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- f) spese per il prelievo di organi o parte di essi comprese quelle per il trasporto dell'organo, durante il *pre-ricovero* sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il *ricovero* relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, *intervento chirurgico*, cure, medicinali, rette di degenza;

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

- g) sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravitreali, somministrazione di farmaci per terapie antitumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di *visite specialistiche*.

Art. 3.2 In caso di *ricovero* o *Day hospital* che non comporti *intervento chirurgico*, nonché a seguito di *malattia oncologica*

La Società rimborsa o prende in carico:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, *trattamenti fisioterapici* e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di *ricovero* ed alla patologia che comporta il *ricovero*;
- c) accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'*istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero*; esami, medicinali, prestazioni mediche, *trattamenti fisioterapici* e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), *l'assistenza infermieristica effettuata nei 120gg. successivi al termine del ricovero* e rese necessarie dal *ricovero* stesso.

Il *Day hospital* a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di *visite specialistiche*, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

Si intendono compresi i *ricoveri* di *lungodegenza* correlati a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero, ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo.

Art. 3.3 Parto

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

- Euro 5.000,00 in caso di parto naturale
- Euro 8.000,00 in caso di parto cesareo

I *massimali* di cui sopra sono intesi per evento e vengono liquidati senza applicazione di alcuno *scoperto* o *franchigia*.

Art. 3.4 Garanzie Accessorie al *ricovero*

La Società, inoltre, in caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico* indennizza le seguenti classi di spesa:

- a) **Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore**
il vitto e il pernottamento in *Istituto di cura* o struttura alberghiera, fino al limite di **euro 100,00 al giorno per**



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

un periodo massimo di 30 giorni per un accompagnatore dell'Assistito. Tale *massimale* si intende per *annualità assicurativa*/per evento.

b) Trasporto sanitario

il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un *Istituto di cura* (andata e ritorno) e da un *Istituto di cura* ad un altro, **fino ad un importo massimo di euro 5.000,00** per *ricoveri* in Italia e Stati dell'UE ed **euro 8.000,00** per *ricoveri* nel resto del mondo. Tale *massimale* si intende prestato per *annualità assicurativa*.

c) Rimpatrio salma

Il rimpatrio della salma o trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza **fino a concorrenza di un importo massimo di euro 2.000,00** (euro 5.000,00 in caso di decesso all'estero) conseguente ad un *ricovero con intervento chirurgico*.

Art. 3.5 Franchigie e scoperti previsti in caso di Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale

La copertura delle spese di cui agli articoli precedenti avviene con le seguenti modalità:

a) Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società – assistenza diretta

Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla *Società* alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno *scoperto*.

E' altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* a cui verrà applicato lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

b) Prestazioni in struttura sanitaria non convenzionata con la Società – assistenza indiretta

Le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate dalla *Società* alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con uno **scoperto pari al 10%** per evento a carico dell'Assistito, **con un minimo non rimborsabile pari a euro 1.000,00** e un **massimo non rimborsabile pari a euro 5.000,00**.

E' altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* a cui verrà applicato lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

c) Prestazioni in struttura convenzionata con la Società ma con equipe medica non convenzionata – assistenza mista

Le prestazioni effettuate in *assistenza diretta* vengono liquidate direttamente dalla *Società* alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno *scoperto*, mentre le spese per le prestazioni effettuate non in convenzione vengono sostenute direttamente dall'Assistito e successivamente rimborsate dalla *Società* con l'applicazione di uno **scoperto del 10%** per evento a carico dell'Assistito, **con un minimo non rimborsabile pari a euro 1.000,00** e un **massimo non rimborsabile pari a euro 5.000,00**.

E' altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* a cui verrà applicato lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel



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

caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

d) Prestazioni 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*.

e) Intervento chirurgico effettuato in regime ambulatoriale o di Day hospital

In deroga al precedente punto b), il rimborso delle spese per *intervento chirurgico* in regime ambulatoriale o di *Day hospital* effettuato in *assistenza indiretta*, al rimborso delle spese viene applicato, senza alcun minimo, lo *scoperto* del 30% per gli *Assistiti* in attività/servizio e del 35% per gli *Assistiti* in pensione.

Lo *scoperto* del 30% o del 35% viene, altresì applicato anche alle prestazioni effettuate in regime di *assistenza indiretta* nel pre e post salvo per i ticket che verranno rimborsati al 100%.

f) Garanzie accessorie al ricovero

Le spese di cui al precedente art. 3.4 sono rimborsate dalla *Società* senza applicazione di alcuno *scoperto* entro gli specifici sotto-limiti indicati.

Art. 4 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'*Assistito*, a seguito di *ricovero* non presenti richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria, la *Società* corrisponde un'indennità giornaliera **di euro 155,00** e viene erogata per ogni giorno di *ricovero*, entro il limite **massimo di 180 giorni** per ciascuna *annualità assicurativa* e per *Assistito*.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* di cui all'art. 3.1 e all'art. 3.2, a cui verrà applicato lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo, per i *ricoveri* e/o day-hospital pre e post-intervento, di cui all'Art. 3.1. In questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **50%** per ogni giorno di *ricovero*/day-hospital.

Art. 5 Visite specialistiche, diagnostica corrente, prestazioni terapeutiche e fisioterapiche

La *Società*, anche in assenza di *ricovero*, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle spese relative alle seguenti prestazioni:

1. Onorari medici per *visite specialistiche*, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle omeopatiche, odontoiatriche, ortodontiche.
2. Analisi di laboratorio, esami ed accertamenti diagnostici, esclusi quelli odontoiatrici e ortodontici.
3. Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche, anche se effettuate presso il domicilio del paziente, con l'esclusione dell'agopuntura.

La garanzia è prestata con **il limite di euro 5.000,00** per anno assicurativo/nucleo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico.



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

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

Franchigie e scoperti:

In caso di utilizzo di **Strutture convenzionate con la Società e di attivazione dell'assistenza diretta:**

- *Assistito* in attività/servizio: non verrà applicata nessuna *franchigia* a suo carico;
- *Assistito* in pensione: applicazione di **una franchigia di euro 50,00** per prestazione o ciclo di terapie per le prestazioni di cui ai punti 1,2 e 3;

In caso di utilizzo di **Strutture non convenzionate con la Società ossia di assistenza indiretta:**

- *Assistito* in attività/servizio e in pensione:
franchigia di euro 50,00 per le prestazioni di cui ai punti 1 e 2; **franchigia di euro 100,00** per ciclo di prestazioni di cui al punto 3.

Art. 6 Pacchetto maternità

In caso di stato di gravidanza debitamente certificato, la Società provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

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

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

In caso di utilizzo di struttura non convenzionata verrà applicato **un limite di euro 800,00** per evento. Ai fini del rimborso, tutta la documentazione dovrà essere inviata in un'unica soluzione.

Art. 7 Protesi ortopediche, apparecchi acustici e ausili medici

La Società rimborsa, su prescrizione medica, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di:

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

La garanzia è prestata con il **limite di euro 3.200,00** per anno assicurativo.

Con il sotto **limite di euro 600,00** per anno assicurativo sono, altresì, rimborsate anche le spese per l'acquisto, noleggio e riparazione di:

- ausili medici;
- ortopedici;
- acustici;
- ortesi.

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



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

Art. 8 Cure Odontoiatriche

La Società provvede al pagamento diretto delle spese per le prestazioni di seguito elencate esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

1) Prevenzione Odontoiatrica

Una *visita specialistica* e una seduta di igiene orale professionale per Assistito in un'unica soluzione all'anno in *strutture sanitarie convenzionate*, indicate dalla *Centrale operativa* previa prenotazione. Comprende nello specifico:

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

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

2) Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)

Avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia, senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione. Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate in regime di *assistenza diretta* al netto una **franchigia fissa** di **euro 35,00** per ciascuna estrazione semplice e **franchigia fissa di euro 120,00** per ciascuna estrazione complessa.

3) Prestazioni di Implantologia

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

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

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

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

4) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

A seguito di *infortunio* e massimo una volta per anno assicurativo e per Assistito, sono coperte le seguenti prestazioni dentarie d'emergenza.

- Sigillatura (per ogni dente);
- Otturazione (qualsiasi tipo);



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

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

L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate in regime di *assistenza diretta*, senza applicazione di alcuna *franchigia* a carico dell'Assistito.

Prestazioni odontoiatriche per le quali è previsto unicamente l'accesso a tariffe convenzionate

Per tutte le altre prestazioni quali:

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

la copertura opera sotto forma di accesso al tariffario scontato e di volta in volta, al momento della conferma della *presa in carico* diretta, la Società comunicherà all'Assistito la spesa di cui dovrà farsi carico calcolata sulla base del tariffario in convenzione, fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a totale carico dell'Assicurato.

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

SEZIONE 5 – GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI

Art. 1 Servizi di informazione

La Società 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 copertura.

Art. 2 Prestazioni di assistenza

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

a) **Rientro dal ricovero di primo soccorso**

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

b) **Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

c) **Pareri medici**

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

d) **Informazioni sulla degenza**

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

e) **Trasmissione messaggio urgenti**

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