

CONVENZIONE

tra

Reale Mutua di Assicurazioni

e

Cassa Nazionale del Notariato

per

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 con eventuale estensione ai componenti il 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 – Cassa Prevint

P.IVA: 80052310580

Si stipula la presente

Convenzione Rimborso Spese Mediche

Decorrenza: dalle ore 00:00 del 01 /11/2022

Scadenza: alle ore 24:00 del 31/10/2025

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 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 1.5 della Sezione 1 della presente Convenzione, 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 della presente Convenzione ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Assicurazione Il contratto di Assicurazione.

Assistenza diretta La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.

Assistenza indiretta La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.

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

Assistito La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

Cassa di Assistenza La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

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

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.



Glossario

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

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 – anche non in vigore di copertura purché nel periodo previsto per il post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Difetto Fisico La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile al difetto fisico ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa al difetto preesistente.

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

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

Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assistito.

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

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

Indennità Sostitutiva L'importo giornaliero erogato dall'Assicuratore che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso di spese per prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

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

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



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

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

Intervento Chirurgico Ambulatoriale Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post intervento.

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

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

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

Malattia Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

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

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

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

Nucleo Familiare Si intende: il Capo nucleo/titolare del Piano Sanitario, il coniuge (non legalmente separato), parte di unione civile o il convivente more uxorio, i figli (conviventi e non) per i quali si verificano le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico (art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97), i figli non conviventi per i quali il Capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. I figli conviventi, non fiscalmente a carico con età non superiore a 30 anni rientrano nel novero di nucleo familiare



Glossario

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

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, a titolo oneroso, alle due coperture (Base + Integrativa Single). I figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente sono parificati ai figli del Titolare, pertanto possono rientrare nel novero di nucleo familiare secondo le regole sopra esposte.

Polizza Il documento che prova l'assicurazione.

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

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

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

Rischio La probabilità che si verifichi un sinistro.

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

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

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

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

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 Convenzione è la copertura sanitaria da realizzarsi sia in forma diretta, indiretta o mista, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, e/o 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 di seguito indicate dalle apposite sezioni 4 (piano base), 5 (piano integrativo) e 6 (garanzie accessorie valide per tutti gli assistiti).

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) Titolare in esercizio che diventi pensionato

Il titolare 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. A decorrere dall'annualità successiva usufruirà della copertura sanitaria prevista per i titolari di pensione.

B) Familiare che diventi titolare di pensione notarile a seguito del decesso del titolare

B.1 Il familiare non beneficiario di copertura sanitaria a cui venga riconosciuto il diritto a pensione notarile in corso d'annualità assicurativa avrà autonoma copertura base a decorrere dalla data del provvedimento di riconoscimento della pensione (data della delibera) con possibilità di adesione al piano integrativo entro 60 gg dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato.

B.2 Il familiare beneficiario di copertura sanitaria a cui venga riconosciuto il diritto a pensione notarile in corso d'annualità assicurativa, manterrà la copertura come beneficiario fino alla scadenza dell'anno assicurativo diventando automaticamente titolare del piano base a decorrere dall'annualità assicurativa successiva con possibilità di adesione al piano integrativo entro 60 gg dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato.

C) Notai di prima nomina

Il notaio di prima nomina non beneficiario di copertura sanitaria che si iscriva alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso dell'annualità assicurativa, avrà autonoma copertura base come Titolare a decorrere dalla data di prima iscrizione a ruolo con possibilità di adesione al piano integrativo entro 60 gg dalla data della comunicazione di attivazione del piano sanitario base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato.



Oggetto della Copertura

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

Il notaio di prima nomina beneficiario di copertura sanitaria che si iscriva alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso dell'annualità assicurativa, manterrà la copertura come beneficiario fino alla scadenza dell'anno assicurativo diventando automaticamente Titolare del piano base a decorrere dall'annualità assicurativa successiva con possibilità di adesione al piano integrativo entro 60 gg dalla data della comunicazione di attivazione del piano sanitario base inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato.

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 2001) 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 e pertanto ad essi si applicano tutte le regole di adesione previste per i figli.

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



Oggetto della Copertura

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

Familiari	Copertura tramite adesione a formula "family"
Coniuge non legalmente separato - convivente more uxorio – unito civilmente	SI
Figlio fiscalmente a carico anche non convivente senza limite di età	SI
Figlio non fiscalmente a carico, convivente , entro i 30 anni	SI
Figlio non convivente per il quale vi sia obbligo di mantenimento economico a seguito di separazione o divorzio	SI
Figlio non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	<p style="text-align: center;">NO</p> <p>Può aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "Base + Integrativa Single" versando il 50% del contributo complessivo previsto.</p>

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 decorrenza o di attivazione della presente copertura assicurativa, fermo quanto previsto all'art. 5.10 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 polizza.

Art. 2.4 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivanti e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dalle condizioni di assicurazione; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alle coperture per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e saranno pertanto coperti da assicurazione, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili a termini di polizza, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite



Condizioni Generali di Assicurazione

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

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 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. 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 o posta elettronica certificata o con posta elettronica semplice.

Art. 2.9 – Rinuncia al recesso dal contratto

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

Art. 2.10 – Pagamento del contributo

Contributo Base

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

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



Condizioni Generali di Assicurazione

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

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.

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 precedentemente 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*.

Il contratto dovrà comunque essere tenuto in copertura dall'aggiudicatario dalle ore 00.00 del giorno 01.11.2022 in deroga all'art. 1901 del codice civile anche qualora non sia stato versato il contributo.

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 01/11/2022 alle ore 24:00 del 31/10/2025. 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.

È comunque facoltà della Cassa Nazionale del Notariato chiedere proroga da concedersi al termine del primo triennio alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per una durata strettamente necessaria alla conclusione del procedimento di gara volto alla stipula del nuovo contratto.

Si applica l'art. 106 comma 11 del D.lgs. n. 50/2016.

Art. 2.12 – Oneri a carico dell'Assicuratore

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

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

- 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;



Condizioni Generali di Assicurazione

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

- 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 dell'Assicuratore, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo previsto. L'Assicuratore, pertanto, non potrà avanzare richieste di compensi a tale titolo nei confronti di Cassa Nazionale del Notariato.

2.12.3 L'Assicuratore, per quanto di sua competenza, si obbliga a consentire alla Cassa Nazionale del Notariato di procedere, in qualsiasi momento e anche senza preavviso, alle verifiche sulla piena e corretta esecuzione del servizio in oggetto, impegnandosi a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimento di tali verifiche.

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

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

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

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

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

Fermo restando che sul sito della Cassa Nazionale del Notariato (www.cassanotariato.it) 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.



Condizioni Generali di Assicurazione

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

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, la Società si obbliga 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 illustrare le modalità di utilizzo delle coperture assicurative alle condizioni previste dalla presente Convenzione. Tale documento dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

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

In caso di integrazione e/o modifica della copertura intervenuta nel periodo contrattuale la Società provvederà a proprie spese ad aggiornare la Guida all'assistenza sanitaria che dovrà essere inviata a tutti gli associati, a cura della Società, entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione e/o dell'intervenuta integrazione/modifica della stessa. Tutte le eventuali spese, postali comprese, sono interamente a carico dell'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").



Condizioni Generali di Assicurazione

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

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 della Convenzione;
- la tipologia di rimborso (se rimborso diretto o indiretto);
- l'indicazione di età e sesso dell'Assistito;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a. importo richiesto a rimborso pari a € _____;
 - b. sinistro chiuso senza seguito;
 - c. sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - d. sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € _____.

Inoltre, l'Assicuratore si impegna a fornire trimestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da importo richiesto a rimborso e non corrisposto, relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata. Ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla Cassa Nazionale del Notariato dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

L'Assicuratore si impegna a fornire i suddetti dati sino a due anni oltre la data di cessazione della Convenzione.

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.



Condizioni Generali di Assicurazione

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

Art. 2.14 – Modifica delle condizioni di assicurazione

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

Art. 2.15 – Commissione paritetica

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

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

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

Art. 2.16 – Mediazione

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 2.15 "Commissione Paritetica", dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del D.lgs.04/03/2010, n. 28, attuativo dell'art.60 L. 18/06/2009, n. 69.

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

Art. 2.17 – Foro competente

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

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

Art. 2.18 – Interpretazione delle garanzie di polizza

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

Art. 2.19 – Tutela della Privacy

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



Condizioni Generali di Assicurazione

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

Art. 2.20 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.21 – Anticipi

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

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

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 due giorni lavorativi (48 H) dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando o trasmettendo via email 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 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/o medico assicurativa per cui la pratica in carico è negata o per la quale dovrà essere fornita ulteriore documentazione.

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

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

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e l'Assicuratore, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

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

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 o 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 e 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 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.

La documentazione di cui sopra va aggiunta alla fotocopia delle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate.

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

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



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

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

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

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

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

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare - entro il 60° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese nei limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separate franchigie e/o scoperti - ove previsti - per le diverse annualità.

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

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

Concorso di più assicurazioni

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

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

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



Modalità di erogazione e criteri di liquidazione

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

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 “B” – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Art. 4.1 – Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie della presente sezione si applicano agli assistiti del piano sanitario base che abbiano aderito al piano integrativo.

Nello specifico: al solo Titolare di copertura base qualora questi aderisca individualmente al piano sanitario integrativo nella formula “Single”, al titolare di copertura base e al relativo nucleo familiare di cui all’art. 1.5 qualora questi aderisca al piano sanitario integrativo nella formula “Family”.

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

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

Art. 4.3 – Massimale Assicurato – Limiti di Assistenza

Le prestazioni di cui al presente Contratto sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 200.000,00 - fermo restando quanto disposto dal successivo art. 4.5 “Prestazioni” della presente sezione. Il massimale si intende per singolo titolare, ma viene esteso al nucleo familiare tramite adesione al piano integrativo nella formula Family.

Art. 4.4 - Scoperti

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

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

Inoltre, nessuno scoperto viene, altresì applicato alle prestazioni effettuate in regime di convenzionamento indiretto nel pre e post ricovero.

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

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

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



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

4.4.5. In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari sono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

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

Art.4.5 – Prestazioni

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

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

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
- b) spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- f) spese per il prelievo di organi o parte di essi comprese quelle per il trasporto dell'organo, durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza;
- g) sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravitreali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.



Garanzie Piano Sanitario

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

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

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- c) accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'assistenza infermieristica effettuate nei 120gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
- d) il Day Hospital a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di visite specialistiche, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

A.3 – Garanzie Accessorie al ricovero

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

a) Rette di degenza dell'accompagnatore il vitto e il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera, fino al limite di euro 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per un accompagnatore dell'Assistito.

b) Trasporto sanitario il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, fino ad un importo massimo di euro 3.000 per ricoveri in Italia e Stati dell'UE ed euro 6.000 per ricoveri nel resto del mondo.

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

A.4 Indennità sostitutiva

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

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

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

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

A.5 Parto

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



Garanzie Piano Sanitario

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

- Euro 3.000,00 in caso di parto naturale
 - Euro 6.000,00 in caso di parto cesareo
- per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

L'Assicuratore, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- 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.

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

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **Euro 5.000.00** per anno assicurativo/nucleo. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

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

In caso di utilizzo di **strutture non convenzionate con la Società (assistenza indiretta)**, l'Assistito in attività: franchigia di € 50,00 per le prestazioni di cui ai punti 1 e 2; franchigia di € 100,00 per ciclo di prestazioni di cui al punto 3;

l'assistito in pensione:

franchigia di € 50,00 per le prestazioni di cui ai punti 1 e 2; franchigia di € 100,00 per ciclo di prestazioni di cui al punto 3;

C. Pacchetto maternità

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

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

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

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

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



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

D. Protesi ortopediche apparecchi acustici e ausili medici

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

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

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

E. Cure Odontoiatriche

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

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

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

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

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

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

Franchigia/Scoperto: Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto una franchigia fissa di € 35,00 per ciascuna estrazione semplice e franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna estrazione complessa.

3) Prestazioni di Implantologia

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

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

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



Garanzie Piano Sanitario

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

Franchigia/Scoperto

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

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

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assistito.

Per tutte le altre prestazioni quali:

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

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

5) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

La presente garanzia comprende le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi: osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Il massimale pari a € 5.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare. È prevista l'applicazione dello scoperto del 15% sia nell'ipotesi di prestazione in forma diretta che in forma rimborsuale.



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

Art. 4.6 – Adesione alla formula Integrativa

La copertura sanitaria Integrativa ha durata 36 mesi dalle ore 00.00 del giorno 01/11/2022 alle ore 24.00 del 31/10/2025 e l'aderente resta obbligato per l'intera durata del contratto a versare i contributi.

L'adesione al Piano Sanitario Integrativo consente di estendere le coperture previste nella copertura Forma Base al:

- Solo titolare della copertura (Formula Single);
oppure

- Titolare ed al nucleo familiare così come definito dall'art. 1.5 (Formula Family).

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

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

Art. 4.7 Modalità di adesione e di pagamento

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

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

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

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

L'aderente è tenuto a comunicare tempestivamente all'Assicuratore la modifica delle coordinate di addebito del conto.

In caso di mancato buon fine del pagamento non dipendente all'Assicuratore quest'ultimo può sospendere la copertura.

Art. 4.8 – Importo del contributo integrativo

Il contributo pro capite relativo alla presente sezione si intende:

- pari ad **€ 1.290,41** per il solo iscritto senza nucleo che aderisca singolarmente alla formula "Single";
- pari ad **€ 2.218,55** per l'iscritto con nucleo familiare che aderisca, unitamente al nucleo familiare, alla formula "Family";
- pari ad **€ 1.020,21** per il figlio convivente, non a carico, con età superiore ai 30 anni, 50% del contributo complessivo previsto (Base + Integrativa Single come importo unico).

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



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

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

Art. 4.9 – Operatività della copertura

Per tutti gli assistiti che alla data del 1/11/22 risultassero già in copertura nella polizza in corso con Reale Mutua (Single o Family), 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. 4.10 - Variazioni in corso d'anno degli Assistiti

Fermo restando che l'assicurazione vale per le persone designate agli artt. 1.2, 1.3 ed 1.5, sono possibili ulteriori movimentazioni degli Assistiti all'interno della polizza in corrispondenza di particolari eventi documentabili, secondo quanto di seguito riportato.

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

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

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

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

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

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

- per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il contributo verrà calcolato con la corresponsione del 60% della differenza annuale tra il contributo della formula Single e quello della formula Family.

Esclusione di nuovi Assistiti in corso d'anno: Il venir meno dei requisiti di cui agli artt. 1.2 e 1.3 e 1.5 della sez. 1 dovrà essere comunicato entro l'anno assicurativo di competenza e non produrrà effetto ai fini della presente Assicurazione fino alla scadenza dell'anno assicurativo. Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

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



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.

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.