



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**POLIZZA SANITARIA BASE
CASSA FORENSE
01/10/2024 – 30/9/2027**

Numero Verde Centrale Operativa 800-822463 (dall'estero 0039 0516389046) attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,30, per attivare le garanzie presenti all'art. 28 lett. a) e b);

Numero Verde per prestazioni di assistenza 800-212477 per attivare le garanzie di cui all'art. 28 lett. c) d) e) f) g) h) i);

Numero Verde per prestazioni di assistenza dall'estero 0039 0516386046 per attivare le garanzie di cui all'art. 30 lett. h), i)

Indirizzo per invio Richieste Rimborso: Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa all'indirizzo: **UniSalute S.p.a.- RIMBORSI CLIENTI - Via Larga, 8 - 40138 Bologna.**

È possibile procedere con la richiesta di rimborso direttamente dall' area riservata del sito www.unisalute.it accessibile tramite user e password oppure inviando il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa all'indirizzo: UniSalute S.p.a.- RIMBORSI CLIENTI - Via Larga, 8 - 40138 Bologna.

STAZIONE APPALTANTE

Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza Forense, di seguito detta brevemente **Cassa Forense.**

PIANO BASE

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

a carico Cassa Forense.

DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato, ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione dimora abituale dell'assicurato.

Assicurazione il contratto di Assicurazione.

Assicuratore le imprese in Coassicurazione Unisalute- Reale Mutua Assicurazione – Poste Assicura.

Assicurati gli Avvocati, praticanti Avvocati e Avvocati pensionati iscritti alla Cassa e dipendenti di Cassa Forense (titolari di polizza).

Assistenza diretta qualora l'assicurato decida di avvalersi di una struttura medico sanitaria e di una Equipe medica convenzionati con la Società per prestazioni assicurative della polizza indennizzabili, ottenuta la previa autorizzazione dalla Centrale Operativa, potrà beneficiare del pagamento diretto da parte della Società, ad eccezione della eventuale franchigia e/o scoperto.

Assistenza indiretta nel caso di ricoveri in strutture non convenzionate o in strutture convenzionate in cui, però, l'equipe medico chirurgica non è convenzionata con la Società, ovvero non sia stata richiesta l'attivazione dell'assistenza diretta.

In tale situazione le spese sostenute saranno poi rimborsate su richiesta dell'Assicurato con applicazione della eventuale franchigia e/o/scoperto entro i limiti e con le modalità stabilite dalle condizioni di Polizza.

Assistenza Infermieristica L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma di laurea.

Capacità lavorativa generica. La possibilità di svolgere qualsiasi lavoro, anche diverso dal proprio, pertanto per il calcolo dell'invalidità si dovrà fare riferimento alle tabelle della capacità lavorativa generica.

Commissione Paritetica Permanente Commissione composta da sei membri designati tre da Cassa Forense e tre dalla Società.

Contraente Cassa Forense in qualità di parte stipulante nel contratto di assicurazione in favore di terzi e che rimane estranea all'eventuale contenzioso relativo alle richieste di indennizzo e/o comunque applicazioni della Polizza. Per la copertura dei dipendenti di Cassa Forense, la Cassa Salute Più iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009.

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, eventualmente, non più in vigenza di copertura) liquidabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Personale medico convenzionato professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Familiari sono considerati familiari ai quali è possibile estendere la copertura assicurativa il coniuge purché non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 80; il convivente “more uxorio” fino ad anni 80, come risultante da idonea autocertificazione ai sensi di legge; i figli conviventi fino ad anni 80 e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l'obbligo di mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale; nonché tutti gli altri familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, con limite di età fissato ad 80 anni.

Franchigia Importo fisso, applicato entro il limite di indennizzabilità del sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato.

Grandi Interventi Interventi elencati nell'apposita sezione di polizza (**Allegato A**).

Gravi Eventi Morbosi Eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (**Allegato B**).

Indennizzo somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

Istituto di cura ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero, con esclusione di 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 Strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

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

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

Nucleo familiare Assicurato e i familiari di cui alla definizione precedente.

Polizza documento che prova l'assicurazione.

Premio somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Ricovero degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto importo da determinarsi in misura percentuale che rimane a carico dell'assicurato.

Sinistro Fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società le imprese in coassicurazione Unisalute- Reale Mutua Assicurazione – Poste Assicura

Società delegataria Società prescelta dalle Società coassicuratrici a stipulare il contratto, Unisalute S.p.a.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE — POLIZZA

Art. 1 — Oggetto.

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati nella presente polizza; gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del c.c. La presente copertura opera senza soluzione di continuità con le precedenti polizze assicurative sottoscritte in convenzione da Cassa Forense in favore dei titolari, fin dalla data di prima copertura, nonché per le eventuali estensioni/adesioni della garanzia assicurativa perfezionate, di annualità in annualità, in favore/da parte degli ulteriori soggetti assicurabili.

Art. 2 — Soggetti.

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate a favore dei titolari, ossia:

- degli iscritti a Cassa Forense in possesso della regolarità dichiarativa per il decennio anteriore l'indizione della procedura di gara, come stabilito all'art. 8 comma 1 del Regolamento dell'Assistenza;
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Cassa Forense, purché iscritti ed in possesso della regolarità dichiarativa per il decennio anteriore l'indizione della procedura di gara, come stabilito all'art. 8 comma 1 del Regolamento dell'Assistenza;
- dei dipendenti di Cassa Forense.

L'assicurazione è prestata per il ricovero in strutture medico sanitarie, pubbliche o private, determinato dalla necessità di un Grande Intervento o per un Grave Evento Morboso, intendendosi per tali quelli compresi negli appositi elenchi allegati A e B e delle ulteriori prestazioni previste nel piano sanitario base. Ciascun titolare di polizza che goda della copertura assicurativa di cui sopra, potrà, a proprie spese, estenderla a favore di tutti i componenti aventi diritto del proprio nucleo familiare. Possono, inoltre, continuare ad usufruire della copertura assicurativa attraverso la facoltà di estensione della stessa, con onere a proprio carico, i pensionati della Cassa Forense non iscritti e i superstiti (titolari di pensione indiretta e di reversibilità e nei limiti delle prestazioni previste per i familiari a carico) di avvocati iscritti alla Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza. Per i titolari la copertura è prestata senza soluzione di continuità sia nella forma diretta che nella forma rimborsuale.

Fermo restando quanto stabilito in ordine ai termini di aspettativa, per i familiari, per i Pensionati non iscritti, per i superstiti e per i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, la copertura del Piano Base decorre in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 1 ottobre di ciascuna annualità assicurativa, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della Società del relativo premio.

Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.

Si intendono, altresì, assicurati i professionisti iscritti alla Cassa Forense - in possesso della regolarità dichiarativa per il decennio anteriore l'indizione della procedura di gara, come stabilito all'art. 8 comma 1 del Regolamento dell'Assistenza, nonché coloro che regolarizzano la posizione dichiarativa secondo le modalità ed i criteri specificati al medesimo art. 8 comma 1 - nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio con le modalità previste dal successivo art. 3. Analoga disposizione si applica in favore dei dipendenti della Cassa assunti nel corso dell'annualità assicurativa, con decorrenza della copertura assicurativa dalla data di assunzione.

Gli assicurati, con provvedimento/delibera di iscrizione intervenuto nel corso del primo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia assicurativa della Polizza copertura sanitaria base entro i 60 giorni successivi alla data del provvedimento/delibera di iscrizione, previo versamento del relativo premio, nella misura stabilita all'art. 3. La validità della copertura assicurativa base per i familiari avrà la medesima decorrenza stabilita per l'iscritto, ossia dalla data del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento/delibera di iscrizione intervenuto nel secondo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia assicurativa della Polizza copertura sanitaria base a decorrere dalla successiva annualità assicurativa.

Esclusione di iscritti in corso d'anno.

Il venir meno dei requisiti di copertura previsti per i titolari non produce effetto ai fini della presente polizza per l'anno assicurativo nel quale viene accertata dalla Cassa Forense la carenza dei requisiti stessi.

Art. 3 — Ammontare e pagamento del premio.

Il premio annuale sarà versato dalla Cassa Forense, esclusivamente per i titolari, in 4 rate trimestrali anticipate, con conguagli semestrali per gli iscritti in corso d'anno.

Per gli iscritti nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa, la Cassa provvederà a versare il premio/contributo come sopraindicato, alla scadenza del primo semestre. Per gli iscritti nel secondo semestre dell'annualità assicurativa, la Cassa provvederà a versare il premio/contributo nella misura ridotta del 50%, alla scadenza del secondo semestre.

Relativamente alla facoltà di adesione/estensione della Polizza copertura sanitaria base, con onere a proprio carico, gli iscritti, i pensionati della Cassa Forense non iscritti, i superstiti (titolari di pensione indiretta e di reversibilità e nei limiti delle prestazioni previste per i familiari a carico), i dipendenti della Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza

dovranno versare un premio/contributo annuo previsto per ciascun assicurato sulla base delle seguenti fasce di età, determinate alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa:

- € 250,00 comprensivo di oneri e tasse fino a 40 anni di età;
- € 470,00 comprensivo di oneri e tasse da 41 anni di età a 60 anni di età;
- € 750,00 comprensivo di oneri e tasse da 61 anni di età a 70 anni di età;
- € 950,00 comprensivo di oneri e tasse da 71 anni di età a 80 anni di età.

Art. 4 - Durata contrattuale e recesso.

La polizza ha durata triennale con scadenza della copertura assicurativa annuale. La polizza decorre dalle ore 00,00 del 01 ottobre 2024 con scadenza alle ore 24,00 del 30 settembre 2027.

Cassa Forense potrà recedere dal contratto in ogni momento, con preavviso di almeno 30 giorni mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale e senza che la società appaltatrice possa vantare alcun diritto e/o indennità.

La Società potrà recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale, con preavviso di almeno 90 giorni, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale. Nel caso in cui, per la scadenza del primo o del secondo anno, la Società decida di esercitare la facoltà di recesso di cui al comma precedente, fermo restando quanto previsto dall'art. 120 del D.Lgs 36/23 di cui al successivo capoverso, la Società è comunque tenuta all'esecuzione del contratto alle medesime condizioni per il tempo strettamente necessario a consentire l'indizione di una nuova procedura di gara e la conseguente stipula del nuovo contratto con un nuovo operatore economico affidatario.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del nuovo contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verificano le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023. Si precisa che in caso di proroga, i premi annui e i massimali annui verranno riparametrati proporzionalmente al periodo di proroga, mentre resteranno invariati il limite massimo di rimborso per ricovero e i limiti temporali.

Art. 5 — Modifiche dell'assicurazione.

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Polizza potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società se non previa accettazione delle parti contraenti.

Art. 6 — Oneri fiscali.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 7 — Foro competente.

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 8 — Legittimazione alla partecipazione ai giudizi relativi all'indennizzo.

Cassa Forense non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'assicurato e alla Società.

Art. 9 — Rinvio alle norme di legge

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

Art. 10 — Massimale assicurato

Il massimale è pari ad € 260.000,00 per ciascun Assicurato e per ogni anno.

In caso di estensione della copertura assicurativa a favore dei componenti del nucleo familiare del titolare il massimale resta unico ed è pari ad € 260.000,00 per l'intero nucleo familiare.

Art. 11 - Modalità trasmissione dati

Cassa Forense trasmetterà alla Società l'aggiornamento dei dati degli Assicurati in forma telematica, adottando adeguati accorgimenti tecnici e organizzativi per garantire il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

La Società raccoglierà:

1. le anagrafiche delle forme collettive tramite le comunicazioni fatte pervenire da Cassa Forense;
2. le adesioni individuali (sia nel caso di estensione del Piano Base al nucleo familiare sia da parte dei pensionati non più iscritti, dei superstiti titolari di pensione di reversibilità o indiretta o dei dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, sia nel caso di adesione al Piano Integrativo da parte dei titolari, dei pensionati non più iscritti, dei superstiti titolari di pensione di reversibilità o indiretta o dei dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, singolarmente o con il nucleo familiare).

La Società mette a disposizione un portale telematico, opportunamente profilato, attraverso il quale gli assicurati/assicurandi, previa registrazione, potranno far pervenire le loro adesioni compilando direttamente via web l'apposita modulistica/form, entro i termini che verranno indicati. Restano garantite le modalità di adesione attraverso la compilazione della modulistica e l'invio mediante indirizzo e-mail dedicato. La società garantisce l'assistenza telefonica per informazioni e supporto alle attività di adesione.

La Società altresì:

- concorderà con la Cassa la redazione di un'apposita modulistica;

- garantirà assistenza telefonica;
- acquisirà la documentazione relativa al sinistro;
- comunicherà alla Cassa, attraverso supporto elettronico, con cadenza mensile ed entro il giorno 10 (dieci) di ogni mese, i dati dei sinistri come da Allegato C; in particolare tali dati dovranno consentire di ricavare le frequenze, il numero degli eventi ed i relativi importi, e saranno di volta in volta aggiornati (dalla data di inizio copertura a quella di termine del mese precedente all'invio). La Società trasmetterà i dati di cui al presente punto per due anni successivi alla scadenza del contratto.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono a Cassa Forense di chiedere e ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche. La Società:

- trasmetterà l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata tramite PEC o e-mail dalla Cassa e/o dal Broker.
- comunicherà i dati inerenti alle adesioni individuali ricevute (suddivise per tipo assicurato) ai piani sanitari entro 30 giorni dalla scadenza del termine entro il quale sono consentite le operazioni di estensione/integrazione preventivamente concordate con le Società;
- consentirà alla Cassa o al Broker la possibilità di accedere al proprio portale internet per la consultazione dei sinistri;
- fornirà, all'atto della stipulazione del contratto, l'elenco dei documenti necessari per l'erogazione delle prestazioni e un corredo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione dei sinistri.

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

Art. 12 - Spese

La Società predisporrà per ogni annualità ed a proprie spese apposito materiale informativo, concordandone i contenuti con la Contraente, da pubblicare sui rispettivi siti internet e per l'utilizzo di ogni forma di comunicazione che verrà concertata tra le Parti.

La predisposizione del materiale informativo dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stipula del contratto affinché i titolari possano esercitare eventualmente l'estensione della copertura assicurativa ai familiari.

Tutte le relative eventuali spese sono interamente a carico della Società. Tali impegni riguardano anche il Piano individuale integrativo ad adesione. Non sono previsti né la stampa né l'invio cartaceo delle brochure da parte della Società.

Art. 13 —Criteri di utilizzo

La copertura può essere attivata secondo le seguenti modalità:

- a) **assistenza diretta, con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con la Società e previa richiesta di preliminare attivazione alla Società stessa.** E' previsto il pagamento diretto delle spese da parte dell'Assicuratore alle strutture, fatta eccezione per eventuali franchigie o scoperti a carico dell'assicurato indicati alle singole garanzie;
- b) **assistenza indiretta con utilizzo di strutture sanitarie o medici non convenzionati con la Società o nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate o medici convenzionati con cui non è stata attivata preventivamente l'assistenza diretta,** è previsto il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni erogate con l'applicazione di franchigie o scoperti indicati alle singole garanzie. Per la richiesta di rimborso occorre trasmettere l'apposito modulo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica completa, comprensiva dei relativi accertamenti, e da copia della documentazione di spesa al seguente indirizzo: **UniSalute - RIMBORSI CLIENTI - Via Larga, 8 - 40138 Bologna. Le richieste di rimborso possono essere effettuate anche tramite l'area riservata del sito web www.unisalute.it.**
- c) **Assistenza nel S.S.N.** rimborso degli eventuali ticket sostenuti o nel caso in cui non venga chiesto alcun pagamento diretto o rimborso per eventi compresi nella Polizza copertura sanitaria base, laddove indicato alle singole garanzie, sarà riconosciuta una indennità sostitutiva.

La Società liquiderà i sinistri entro 30 giorni solari dalla presentazione dell'intera documentazione attinente alla relativa pratica (cartella clinica, fatture e notule debitamente quietanzate). Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 c.c.).

Art. 14 —Limite di età

Per gli iscritti e dipendenti di Cassa Forense, titolari della Polizza copertura sanitaria base, non è previsto alcun limite di età.

Per i familiari, superstiti di iscritto titolari di pensione di reversibilità o indiretta, pensionati non più iscritti alla Cassa e dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, è previsto il limite di età massimo di 80 anni.

Art. 15 — Operatività delle garanzie

Premesso che la presente polizza opera in favore dei titolari e di coloro che hanno aderito volontariamente alla garanzia assicurativa senza soluzione di continuità con le precedenti coperture sanitarie sottoscritte da Cassa Forense, la polizza prevede che:

- **la copertura relativa ai “Grandi Interventi Chirurgici”** (Allegato A) comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza della polizza, diagnosticate o meno. Si precisa, altresì, che rientrano in garanzia di copertura assicurativa anche i Grandi Interventi Chirurgici che nel corso del tempo hanno subito e subiranno, alla luce delle nuove tecnologie disponibili, nuove procedure e/o metodi;
- **la copertura relativa ai “Gravi Eventi Morbosi (Allegato B)”** comprende tutte le malattie diagnosticate per la prima volta in data successiva a quella di decorrenza della Polizza messa a disposizione da Cassa Forense, anche se le patologie siano insorte precedentemente alla data di decorrenza della polizza. Ai fini dell’operatività della garanzia, l’assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo e, comunque, la patologia deve aver comportato la riduzione della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66% della totale comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Società;
- **la garanzia Cure oncologiche** prevede che la società liquidi le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (**da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extra ricovero**), nei casi di malattie oncologiche non rientranti nell’elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (elenco all’Allegato A) e dei Gravi Eventi Morbosi (elenco all’Allegato B), così come specificato all’art. 26 Cure Oncologiche.

Art. 16 — Rischi esclusi dall’assicurazione

L’assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti (tale esclusione non è operativa per i Grandi Interventi previsti di chirurgia pediatrica presenti nell’Allegato A —Grandi Interventi Chirurgici);
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell’Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all’uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all’uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l’Assicurato attività professionale;
- f) l’aborto volontario/non a fini terapeutici e le eventuali conseguenze;

- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle parodontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (fermo quanto previsto alla lettera "j" dell'art. 23.1);
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, 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;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- n) per gli assicurati affetti da tossicodipendenza, sindrome da HIV, alcolismo è esclusa l'operatività della garanzia con riferimento a malattie e/o infortuni correlati a tali stati patologici.

Art. 17 — Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o internazionale) dove si verifica il sinistro. Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in Euro.

Art. 18 — Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surroga prevista dall'art. 1916 del c.c. verso i terzi responsabili.

Art. 19 — Gestione della Polizza

Oltre a quanto previsto all'Art. 11 Modalità di trasmissione dei dati, la Società si obbliga a comunicare con cadenza trimestrale a Cassa Forense/Broker, attraverso supporto elettronico tramite la compilazione e la trasmissione dell'apposito modulo che si allega al presente contratto con la lettera D che costituisce parte integrante del contratto stesso, le statistiche comprensive del rapporto sinistri/premi e stime di chiusura (di ciascun periodo assicurativo, dalla data di inizio della copertura a quella di termine del trimestre di elaborazione), suddivise tra piano base e piano integrativo e per categoria di assicurati, riepilogative dei sinistri diretti ed indiretti (con evidenza di quelli effettuati anche presso il SSN),

liquidati riservati e rigettati, suddivisi in base alle tipologie di garanzia; con indicazione del numero dei sinistri per ciascuna delle garanzie oltre che dell'importo richiesto, pagato e riservato (relative ai suddetti sinistri, prestazioni e sotto prestazioni). La comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il quindicesimo giorno dalla fine del trimestre cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto. Inoltre, si obbliga a comunicare con cadenza semestrale a Cassa Forense il contenzioso intercorso con gli assicurati con decisione passata in giudicato, unitamente all'esito della decisione stessa, con indicazione del numero ed anno della decisione e del numero di iscrizione al ruolo generale. La comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il trentesimo giorno dalla fine del semestre cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto. Cassa Forense si riserva il diritto di procedere ad accertamenti e verifiche, anche a campione. Unitamente alle statistiche, la Società si impegna a trasmettere una breve relazione esplicativa dei dati forniti, della metodologia seguita per la gestione dei sinistri, dell'andamento delle frequenze e del piano sanitario.

La Società si impegna altresì a fornire alla Cassa/Broker qualsiasi informazione aggiuntiva, anche di dettaglio, necessaria per comprendere l'andamento della copertura e le proiezioni per le annualità successive entro 15 giorni dalla richiesta. La Società inoltre:

- a) fornisce a Cassa Forense le motivazioni delle reiezioni affinché possa verificarne l'effettiva correttezza;
- b) mette a disposizione di Cassa Forense apposito portale dedicato per la verifica dello stato dei singoli sinistri (assistenza diretta, assistenza indiretta, SSN);
- c) mette a disposizione di Cassa Forense apposito portale dedicato per la verifica delle adesioni/estensioni effettuate nonché trasmette a Cassa Forense e/o al Broker entro 30 giorni dalla scadenza del termine per effettuare le adesioni/estensioni stesse, l'elenco nominativo dei familiari cui è stata estesa la copertura assicurativa, unitamente a coloro che hanno aderito alla polizza integrativa, con i relativi dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita premi incassati e opzione attivata);
- d) analogo elenco dovrà essere trasmesso entro il medesimo termine per i pensionati non iscritti/superstiti.

In ogni caso Cassa Forense potrà richiedere implementazioni alle informazioni relative ai dati mensili, trimestrali e semestrali; le informazioni con le nuove modalità indicate dovranno essere rese disponibili dalla Società entro quindici giorni dalla richiesta.

La Società si impegna a fornire i suddetti dati, compresi gli aggiornamenti degli stessi, sino a due anni oltre la data di cessazione della Convenzione.

La Società si impegna altresì a fornire a Cassa Forense ogni informazione utile circa i sinistri (sia diretti che indiretti), oltre che la relativa documentazione medica e di spesa; la Società si impegna, infine, a fornire a Cassa Forense ogni assistenza utile in merito ai sinistri. La trasmissione di documentazione

medica contenente dati personali relativi alla salute avverrà nel rispetto degli adempimenti previsti della normativa privacy vigente.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale e Cassa Forense applicherà una penale pari ad € 500,00 per ogni giorno di ritardo, il cui importo verrà detratto dal pagamento del premio alla prima scadenza utile; nel caso in cui l'inadempimento si protraesse per più di 30 giorni dalla richiesta è facoltà della Cassa dare luogo alla risoluzione del contratto.

Art. 20 — Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri designati tre dalla Cassa Forense e tre dalla Società. La Commissione verifica anche l'andamento della Polizza ed esamina la gestione amministrativa delle controversie aventi ad oggetto l'obbligo di indennizzo, la tipologia e la durata della malattia o infortunio, la misura dei rimborsi e liquidazioni dell'indennità.

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. La Commissione si riunirà con cadenza periodica in modo da poter riscontrare le richieste degli assicurati.

In caso di controversia tra la Società e l'assicurato, quest'ultimo, prima di avviare l'azione giudiziale, è tenuto a sottoporre la problematica all'esame della Commissione Paritetica.

Art. 21 — Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere trasmesse con lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Art. 22 — Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste sul bando di gara, la Società concorderà la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

Art. 23 - RISCHI ASSICURATI

Art. 23.1 - Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (ALLEGATO A).

Si precisa che è previsto solo il regime di RICOVERO, come definito nelle DEFINIZIONI di polizza e le spese relative alle prestazioni di cui all'ALLEGATO A non sono indennizzabili a termini di polizza nel "Piano Base G.I. e GEM" se effettuate in regime di Day Hospital o Ambulatoriale.

La Società provvede al pagamento per le spese sostenute a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico indicato nell'allegato A delle condizioni di polizza nelle seguenti modalità:

- **REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA** - pagamento diretto alle strutture medico-sanitarie convenzionate e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza **previa autorizzazione della Società**, con applicazione di uno **scoperto del 10%** per ogni ricovero per Grande Intervento Chirurgico (Allegato A).
- **REGIME DI ASSISTENZA INDIRETTA** — rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate o in caso di mancata richiesta di autorizzazione all'attivazione dell'assistenza diretta alla Società, delle sottoelencate spese, dovute a ricovero per grande intervento chirurgico indicato nell'Allegato A delle condizioni di polizza con applicazione di **uno scoperto del 20% con limite massimo di rimborso di € 10.000,00 per ogni ricovero per Grande Intervento Chirurgico** (Allegato A).
- **REGIME DI ASSISTENZA IN SSN** - nel caso in cui non venga chiesto alcun pagamento diretto o rimborso sarà riconosciuta un'indennità sostitutiva per **un importo pari ad euro 105,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'Allegato A, le seguenti spese:

- a) Per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) Per diritti di sala operatoria;
- c) Per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) Per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) Per rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
- f) Per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi. In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre,

in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato. Le spese di cui al presente punto verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie;

- g) Per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di euro 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni, coincidenti con il periodo di ricovero dell'Assicurato;
- h) Per spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro 2.600,00 massimo per anno;
- i) Per viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro 4.000,00 per anno assicurativo per ricoveri in Stati della UE ed euro 8.000,00 per anno assicurativo per ricoveri nel resto del mondo; il trasporto è rimborsabile se effettuato con:
- Aereo sanitario (aereo/ambulanza ed eliambulanza);
 - Aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - Treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
 - Ambulanza senza limiti di percorso;
 - Nell'ipotesi in cui venga utilizzata una vettura, il rimborso (carta carburante, spese di noleggio e taxi), da documentare, non potrà essere superiore all'importo del biglietto ferroviario di prima classe.

Tali spese sono rimborsabili se sostenute nel giorno di ricovero o nel giorno precedente e nel giorno di dimissione o nel giorno successivo;

- j) Per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.200,00 per persona e nucleo familiare;
- k) Per costi di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.000,00 in caso di decesso all'estero;

Art. 23.2 - Gravi Eventi Morbosi (ALLEGATO B).

Trattasi di eventi morbosi che determinano un ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare alla condizione che, anche se insorti precedentemente alla data di decorrenza della polizza, siano stati diagnosticati per la prima volta in costanza di assicurazione messa a disposizione da Cassa Forense in favore di tutti gli iscritti con le diverse Compagnie che, nel corso degli anni, si sono susseguite nella gestione della copertura assicurativa a decorrere dalla data di copertura

dell'assicurato, comunque non antecedente al 1 aprile 2001, comportino **una riduzione permanente della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66% della totale comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Società.** Ai fini dell'operatività della garanzia, l'assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo.

Art. 23.2.1 - Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

È previsto solo il regime di RICOVERO, come definito nelle DEFINIZIONI di polizza e le spese relative alle prestazioni di cui all'ALLEGATO B **non sono indennizzabili a termini di polizza nel "Piano Base G.I. e GEM" se effettuate in regime di Day Hospital o Ambulatoriale.**

La Società provvede al pagamento per le spese sostenute a seguito di ricovero per grande evento morboso indicato nell'allegato B delle condizioni di polizza nelle seguenti modalità:

- **REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA** - pagamento diretto ed integrale alle strutture medico-sanitarie convenzionate e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza previa autorizzazione della Società, **con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni ricovero per Grande Evento Morboso (Allegato B);**
- **REGIME DI ASSISTENZA INDIRETTA** — rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate o in caso di mancata richiesta di autorizzazione all'attivazione dell'assistenza diretta alla Società, delle sottoelencate spese, dovute a ricovero per grande evento morboso indicato nell'allegato B delle condizioni di polizza **con applicazione di uno scoperto del 20% con limite massimo di rimborso di € 10.000,00 per ogni ricovero per Grande Evento Morboso (Allegato B).**
- **REGIME DI ASSISTENZA IN SSN** - nel caso in cui non venga chiesto alcun pagamento diretto o rimborso sarà riconosciuta un'indennità sostitutiva per **un importo pari ad €80,00 per ogni giorno di ricovero e per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 30 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso; le spese di cui al presente punto verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie;
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione

specialistica escluse quelle meramente assistenziali, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza; le spese di cui al presente punto verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

Tali spese di cui ai sopra punti a), b), c), d) vengono rimborsate entro il limite massimo di euro 20.500 per anno e per nucleo familiare.

Sono comprese anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g), i), j), k) riportati nell'art. 23.1.

Art. 23.2.2 - Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare.

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

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

Tali spese di cui ai punti di cui sopra a) b) c) d) vengono rimborsate entro il limite massimo di euro 20.500 per assicurato.

Sono compresi anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g), i), j), k) riportati nell'art. 23.1.

Art. 24 - 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.

Art. 25 — Prevenzione

La Società provvede direttamente al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate da ciascun titolare una volta per ciascuna annualità assicurativa in strutture sanitarie convenzionate con la Società stessa previa autorizzazione della Centrale Operativa:

- **PER TUTTI:** Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, LDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale (PTT), Tempo di protrombina (PT), VES, Urine, Elettrocardiogramma.

- **OLTRE I 50 ANNI DI ETÀ:**

- **per gli uomini:** Ricerca sangue occulto feci, Radiografia polmonare, Ecodoppler TSA, PSA (specifico antigene prostatico);
- **per le donne:** Ricerca sangue occulto feci, Radiografia polmonare, Ecodoppler TSA, Mammografia e Ecografia mammaria.

Per poter effettuare la radiografia polmonare e la mammografia è necessaria una prescrizione medica (D.Lgs. 187/2000).

Le prestazioni sopra indicate dovranno essere autorizzate dalla Centrale Operativa in un'unica soluzione e potranno essere eseguite in momenti diversi qualora vi sia l'impossibilità da parte della struttura convenzionata ad effettuare tutte le prestazioni congiuntamente nella stessa giornata.

Possono beneficiare di tale prestazione esclusivamente i titolari di polizza (iscritti alla Cassa e dipendenti di Cassa Forense). Non possono beneficiare della prevenzione di cui al presente articolo i familiari dei Titolari ai quali è stata estesa la Polizza Sanitaria Base, né coloro che hanno aderito con premio a loro carico alla polizza stessa ed i loro familiari.

Art. 26 - Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche non rientranti nell'elenco dei Grandi interventi chirurgici Allegato A e dei Gravi Eventi morbosi Allegato B, la Società liquida **le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extra ricovero).**

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, previa attivazione dell'assistenza diretta, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **con l'applicazione di uno scoperto del 10%.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **con l'applicazione di uno scoperto del 20%.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad € 3.500,00 per nucleo familiare.

Si precisa, inoltre, che:

- **le spese da riconoscere in caso di ricovero e day hospital sono:**
 - ✓ **assistenza medica ed infermieristica, purché richiesta dallo specialista, cure chemioterapiche e/o terapie radianti ivi inclusi i medicinali connessi e accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di ricovero;**
 - ✓ **rette di degenza;**

- qualora l'assicurato effettui le prestazioni previste dalla suddetta garanzia con costo a carico del S.S.N., **non è previsto il riconoscimento dell'indennità sostituiva prevista**, invece, in caso di ricovero;
- **la presente garanzia ricomprende quelle malattie oncologiche che non rientrano nell'ALLEGATO “A” - ELENCO G.I. o nell'ALLEGATO “B” - ELENCO G.E.M;** pertanto, qualora a seguito di un ricovero riconosciuto a termini di polizza ricompreso nell'ALLEGATO “A” - ELENCO G.I o nell'ALLEGATO “B” - ELENCO G.E.M., l'assicurato effettui prestazioni di chemioterapia e terapie radianti, le prestazioni verranno liquidate secondo le modalità previste agli Artt. 23.1 Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (ALLEGATO A), 23.2 - Gravi Eventi Morbosi (ALLEGATO B), 23.2.1 Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

Art. 27 — Termini di aspettativa

La garanzia in favore dei familiari dei Titolari, nonché dei Pensionati della Cassa non più iscritti, dei superstiti di avvocato titolari di pensione di reversibilità o indiretta, dei dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, decorre, sia in forma diretta, previa dimostrazione dell'avvenuta adesione al piano assicurativo, che in forma indiretta dalle ore 00:

- del giorno di effetto del Contratto (1° ottobre di ciascuna annualità) per le prestazioni derivanti da infortunio;
- del 120° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1° ottobre di ciascuna annualità) per le prestazioni conseguenti a malattia.

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la garanzia assicurativa in favore dei suindicati soggetti risulti essere stata attivata nell'annualità precedente, anche con diverse Compagnie Assicuratrici, purché tramite la convenzione per polizza sanitaria Cassa Forense.

Art. 28 - Consulenza e assistenza

La Società dovrà garantire, a mezzo del Call Center e con modalità già anticipate nelle presenti CdA per quanto riguarda la Copertura Assicurativa Base Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, i seguenti servizi di consulenza:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa dovrà fornire un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

Il Numero Verde della Centrale Operativa 800-822463 (dall'estero 0039 0516389046) è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,30.

Servizi di assistenza

Il numero da contattare in caso di prestazioni di assistenza, di seguito elencate, è **800-212477 (dall'estero 0516389048)**:

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica e tramite video consulto urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti, anche di natura psicologica limitatamente alle patologie oggetto della copertura.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km.

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dalla ASL del Comune non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si farà carico delle spese di soggiorno nel limite di € 150,00 per evento.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora non sia possibile organizzare il servizio di rimpatrio entro 4 giorni dalla richiesta, la Società provvederà a rimborsare le spese entro il limite di € 10.000,00.

ALLEGATO 'A' - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

L'indennizzo è previsto per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato "A" anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate purché rientranti nella medesima tipologia

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

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

B. Interventi per trapianti: tutti. Vengono compresi in aggiunta al Ricovero principale anche i Ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

C. Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di tutte le articolazioni (a titolo esemplificativo e non esaustivo anca, femore, caviglia, polso, ginocchio, gomito, spalla), ivi incluso il costo della protesi.

- 1) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 2) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 3) disarticolazione dell'anca;
- 4) amputazione addomino-pelvica;
- 5) reimpianto di arti staccati.

D. Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;

- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose;
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulare
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

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

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

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

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;

- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare
- 5) Laringectomia totale,
- 6) laringofaringectomia.

H. Interventi di chirurgia generale per:

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

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;

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

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabirintica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgica della sordità otosclerotica;
- 7) Ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi di finalità estetica
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione orecchio medio
- 10) incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno
- 11) Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

K. Interventi di chirurgia toracica per:

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

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
- 10) 10) pseudocisti e fistole pancreatiche.
- 11) asportazione tumore di Wilms;
- 12) Spina bifida: mielomeningocele.

ALLEGATO “B” - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

- A) Infarto miocardico acuto**
- B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata**
- C) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure**
- D) Diabete complicato**
- E) Politraumatismi gravi che non necessitano di Intervento Chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato**
- F) Stato di coma**
- G) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo**
- H) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale**
- I) Tetraplegia**
- J) Sclerosi multipla**
- K) Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)**
- L) Alzheimer**
- M) Morbo di Parkinson**
- N. Tutti i ricoveri in terapia intensiva**
- O. Cardiopatia ischemica**
- P. Leucemia e Linfomi maligni**