

# CAPITOLATO SPECIALE

## STAZIONE APPALTANTE

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

## OGGETTO DELL'APPALTO

**1. Polizza Sanitaria per la copertura assicurativa dei rischi Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) e Gravi Eventi Morbosi (Allegato B) a carico Cassa Forense per circa 200.000 Avvocati e Praticanti iscritti a Cassa Forense.**

**2. Adesione alla copertura assicurativa dei rischi Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) e Gravi Eventi Morbosi (Allegato B) da parte dei pensionati della Cassa Forense non più iscritti, nonché superstiti di avvocato, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, con onere a loro carico, con limite di età, per questi ultimi, fissato a 90 anni; estensione della copertura assicurativa dei rischi Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) e Gravi Eventi Morbosi (Allegato B) con onere a carico degli iscritti, dei pensionati della Cassa Forense non iscritti e dei superstiti di avvocato, a favore del coniuge, anche con residenza anagrafica diversa e dei propri familiari conviventi con limite di età fissato a 90 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 - ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale).**

**3. Convenzione per Polizza Sanitaria Integrativa per la copertura assicurativa dei rischi indicati in capitolato, con onere a carico degli iscritti e a favore degli iscritti stessi e dei pensionati non iscritti alla Cassa e superstiti di assicurati, nonché dei propri familiari conviventi con limite di età fissato a 80 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 - ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge).**

Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi.

Per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

## Nell'offerta tecnica, i partecipanti alla gara dovranno produrre:

1) dichiarazione con la quale il concorrente:

- a) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione un call-center dedicato per Assistenza Diretta, con almeno tre anni di esperienza nel settore e con le seguenti caratteristiche minime:

- I. Un numero verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 19,00;

- II. Un numero minimo di 10 operatori per turno di lavoro;
- III. La presenza contestuale di almeno 5 medici;
- IV. Servizio di prenotazione delle prestazioni assicurate;
- V. Eventuali Certificazioni della serie UNI CEI EN 45000, della serie UNI CEI EN ISO/IEC 17000, della serie UNI CEI ISO 9000.

- b) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione un sistema telematico di gestione e liquidazione centralizzata dei sinistri;
- c) garantisca, in caso di aggiudicazione, opportuna assistenza agli iscritti alla Cassa Forense, pensionati non iscritti Cassa Forense e superstiti, per l'adesione/estensione alle polizze sanitarie;
- d) garantisca, in caso di aggiudicazione, la raccolta delle adesioni e la gestione dei sinistri attraverso un adeguato sistema centralizzato presso la stessa compagnia aggiudicataria e che Cassa Forense possa accedere alla consultazione telematica dello stato delle adesioni/estensioni nonché delle istruttorie di sinistri degli assicurati;
- e) garantisca l'estensione sul territorio nazionale di presidi (elenco delle strutture medico sanitarie pubbliche e private convenzionate in Italia) in numero, dimensioni e capacità operative tali da consentire la migliore erogazione delle prestazioni di polizza operanti in convenzione e, inoltre, garantisca la presenza di tali presidi in almeno 10 (dieci) Regioni d'Italia.

2) Elenco di tutti gli ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero, convenzionati con la Compagnia, in numero complessivo alla data di pubblicazione del bando e presenti su tutto il territorio nazionale, con indicazione della specializzazione.

### CRITERI DI AGGIUDICAZIONE

L'aggiudicazione del presente appalto avverrà nei confronti del concorrente che avrà presentato l'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto alle esigenze dell'Ente appaltante, di cui all'art.83 del D. Lgs. 163/06 e s.m.i., sulla base dei seguenti criteri applicati complessivamente al lotto unico:

<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTEGGIO MASSIMO</b>
<b>Offerta Economica Copertura Base</b>	<b>40</b>
<b>Merito Tecnico Copertura Base</b>	<b>45</b>
<b>Offerta Complessiva Copertura Assicurativa Integrativa</b>	<b>15</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>

A pena di esclusione l'offerta dovrà essere completa, contestuale e riguardare tutte le polizze descritte nel paragrafo denominato "Oggetto dell'appalto", di cui ai punti 1, 2, 3.

## Tabella Elementi di Valutazione

Tabella 1

Offerta Economica Copertura Base (punteggio massimo: 40)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none"><li>1.1) Prezzo Copertura Iscritti alla Cassa Forense (riferito ad una intera annualità assicurativa).</li></ul>	35
<ul style="list-style-type: none"><li>1.2) Prezzo Copertura per Pensionati della Cassa non iscritti, familiari e superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità) con limite di età fissato a 90 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 – ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale) - riferito ad una intera annualità assicurativa.</li></ul>	5

Specifica dei parametri qualitativi evidenziati alla Tabella 1 (Offerta Economica) nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

il punteggio complessivo relativo l’offerta economica si otterrà sommando i singoli punteggi ottenuti nelle valutazioni dei punti 1.1 e 1.2 della suindicata tabella, in ragione del seguente criterio:

- sub-punteggio massimo attribuito all’offerta economicamente più vantaggiosa, mentre, alle altre offerte saranno attribuiti punteggi inversamente proporzionali a quelli attribuiti all’offerta più bassa e determinati ciascuno dalla seguente formula precisando che in caso di risultato decimale il punteggio da acquisire è con due cifre decimali:

$$\frac{\text{offerta economica più vantaggiosa} \times \text{sub-punteggio}}{\text{offerta}}$$

## Tabella 2

**Merito Tecnico Copertura Base (punteggio massimo: 45)**

**Sub – Punteggio**

<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.1) Inserimento garanzie non previste nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'allegato A.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.2) incremento importo massimali garanzia malattia oncologica presso strutture non convenzionate.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.3) riconoscimento di diaria (indennità sostitutiva) in caso in cui non venga chiesto alcun rimborso per eventi compresi nella Copertura di Base.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.4) Numero operatori call-center.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.5) Personale medico dipendente e consulente.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.6) Tempo di gestione del servizio di prenotazione on-line entro le 24 ore lavorative.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.7) Messa a disposizione di applicazione mobile per consultazione estratti conto e prenotazioni in sospeso.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.8) Numero complessivo di convenzioni con strutture sanitarie autorizzate al ricovero distribuite sul territorio nazionale.</li></ul>	5
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2.9) Numero massimo garantito di giorni per la liquidazione sinistri nell'ambito del limite dei 60 giorni.</li></ul>	5

Specifica dei parametri qualitativi evidenziati alla Tabella 2 (Merito Tecnico) nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

**Sub. 2.1)** per ogni inserimento aggiuntivo rispetto all'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'allegato A del presente capitolato, viene attribuito un punteggio pari a 0,25 per ogni intervento chirurgico fino ad un massimo di 5 punti corrispondente al limite di 20 interventi chirurgici;

**Sub. 2.2)** viene attribuito per ogni incremento di Euro 200,00 il valore di 1 punto fino ad un massimo di 5 punti, relativamente agli importi dei massimali di rimborso per malattia oncologica presso strutture non convenzionate.

**Sub 2.3)** il sub-punteggio di 5 punti è attribuito se è riconosciuta una diaria (indennità sostitutiva) in caso in cui non venga chiesto alcun rimborso per eventi compresi nella Copertura di Base.

Il sub-punteggio è attribuito a condizione che la diaria (indennità sostitutiva) sia riconosciuta per:

- Grande Intervento Chirurgico per un importo non inferiore ad Euro 105,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 30 giorni;
- Grave Evento Morboso per un importo non inferiore ad Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero e per un massimo di 30 giorni;
- Garanzia per malattia oncologica di cui all'art. 28:
  - di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero con intervento chirurgico per una durata massima di 30 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato;
  - di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero senza intervento chirurgico, a partire dal sesto, per una durata massima di 30 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato.

**Sub 2.4)** il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti è attribuito in base al numero di operatori componenti la centrale operativa. Viene attribuito il valore di 1 punto sino a 100 operatori; 3 punti sino a 200 operatori; 5 punti sino a 250 operatori.

**Sub 2.5)** il sub-punteggio stabilito fino a un massimo di 5 punti è attribuito in base al numero del personale medico dipendente e consulente. Il valore di 1 punto sino a 10; 3 punti sino a 20; 5 punti sino a 40.

**Sub 2.6)** il sub-punteggio di 5 punti viene attribuito in caso venga garantito un servizio di prenotazione on-line con un tempo di gestione della richiesta entro il termine di 24 ore lavorative.

**Sub 2.7)** il sub-punteggio di 5 punti viene attribuito per la messa a disposizione di un'applicazione mobile idonea a consentire la consultazione degli estratti conto e prenotazioni in sospeso.

**Sub 2.8)** il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti viene attribuito in base al numero di ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero convenzionati con la Compagnia e presenti su tutto il territorio nazionale alla data di pubblicazione del bando, idonee a garantire le prestazioni di polizza operanti in regime di assistenza diretta. Viene attribuito il valore di 1 punto sino a 2.000 strutture; 3 punti sino a 3.000 strutture; 5 punti oltre 5.000 strutture.

**Sub 2.9)** il sub-punteggio per la liquidazione dei sinistri all'interno del limite di ammissibilità dei 60 gg. è determinato fino ad un massimo di punti 5, in ragione dell'attribuzione del valore di 1 punto per ogni 4 giorni in meno rispetto al limite prestabilito.



### Tabella 3

#### Offerta economica e Merito Tecnico

#### Copertura Assicurativa Integrativa (punteggio massimo: 15)

#### Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none"><li>• 3.1) Offerta Copertura Assicurativa Integrativa (riferito ad una intera annualità assicurativa) indicando un'unica percentuale di ribasso che sarà applicata ai premi specificati nel successivo art. 15.</li></ul>	10
<ul style="list-style-type: none"><li>• 3.2) Incremento importi massimali per prestazioni di alta diagnostica (art. 7) e visite specialistiche e accertamenti diagnostici (art. 8).</li></ul>	2
<ul style="list-style-type: none"><li>• 3.3) Possibilità di estensione della copertura assicurativa al solo coniuge o a tutti i componenti il nucleo familiare (in luogo dell'obbligatorietà di estensione all'intero nucleo familiare)</li></ul>	1
<ul style="list-style-type: none"><li>• 3.4) Visita di controllo odontoiatrico e ablazione tartaro gratuita in strutture convenzionate per una volta all'anno e scontistica per cure dentarie in strutture convenzionate</li></ul>	1
<ul style="list-style-type: none"><li>• 3.5) Inserimento di ulteriori garanzie non previste.</li></ul>	1

Specifica dei parametri qualitativi evidenziati nella Tabella 3 (Offerta Economica Copertura Assicurativa Integrativa) nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

Sub 3.1) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 10 punti per la copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito all'offerta economicamente più vantaggiosa in termini di ribasso, mentre, alle altre offerte saranno attribuiti punteggi inversamente proporzionali a quelli attribuiti all'offerta con ribasso più alto e determinati ciascuno dalla seguente formula, precisando che in caso di risultato decimale il punteggio da acquisire è con due cifre decimali:

$$\frac{\text{ribasso offerto} \times \text{sub-punteggio}}{\text{ribasso più alto}}$$

Cosicchè le percentuali di ribasso offerto dalle Società concorrenti formeranno una graduatoria in ordine decrescente, dal maggiore al minore ribasso offerto.

**Sub 3.2)** Ad ogni incremento di Euro 250,00 dei limiti di massimale annuo relativi alle prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche e accertamenti diagnostici, di cui agli artt. 7 e 8 della copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito il punteggio di 0,50 fino ad un massimo di 2 punti;

**Sub 3.3)** il sub-punteggio per la possibilità di estensione della copertura assicurativa al solo coniuge o a tutti i componenti il nucleo familiare (in luogo dell'obbligatorietà di estensione all'intero nucleo familiare) è determinato in 1 punto;

**Sub 3.4)** il sub-punteggio di 1 punto verrà attribuito laddove sia garantita, per una sola volta l'anno, una visita di controllo odontoiatrico e ablazione tartaro gratuita in strutture convenzionate e sia, altresì, garantita, per le cure dentarie in strutture convenzionate, l'applicazione di uno sconto in percentuale non inferiore al 15% della tariffa applicata dalle stesse strutture.

**Sub 3.5)** ad ogni inserimento aggiuntivo rispetto alle prestazioni di cui agli art. 4 e 5 della copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito un punteggio pari a 0,25 per ogni prestazione e/o accertamento diagnostico con finalità di prevenzione, fino ad un massimo di 1 punto;

## OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI

Nell'esecuzione di quanto oggetto del presente appalto e nello svolgimento di qualsiasi attività ad esso connessa, la Società aggiudicataria è tenuta all'osservanza di tutte le leggi e regolamenti, nonché delle prescrizioni e raccomandazioni applicabili in materia di lavoro e previdenza sociale, prevenzione degli infortuni sul lavoro, igiene e sicurezza sul lavoro, assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e malattie professionali.

## NOMINA A RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO AI SENSI DEL D. LGS. 196/03

In relazione al presente appalto, Cassa Forense, nella qualità di Titolare del trattamento, nominerà, ai sensi dell'articolo 29 del D.Lgs. 196/03, la Società responsabile delle operazioni di trattamento dei dati personali effettuate in conseguenza delle attività svolte nell'esecuzione del contratto medesimo.

La Società dovrà accettare la nomina, confermare la diretta ed approfondita conoscenza degli obblighi che si assumerà in relazione al dettato della legge sopra indicata e dovrà impegnarsi a procedere al trattamento dei dati personali attenendosi alle istruzioni ricevute e di seguito riportate, nel pieno rispetto di quanto imposto dall'articolo 29 comma 4 del predetto decreto legislativo.

Le istruzioni relative al trattamento, alle quali la Società dovrà impegnarsi di attenersi, sono le seguenti:

A) La Società sarà autorizzata ad operare il trattamento dei dati esclusivamente per le attività strettamente necessarie per dare esecuzione al presente contratto, sulla base delle direttive ad essa fornite da Cassa Forense con assoluto divieto di utilizzare detti dati per iniziative connesse alla attività assicurativa da essa svolta.

B) La Società dovrà adottare le necessarie misure di sicurezza, sia fisiche che informatiche, atte a proteggere l'integrità, conservazione e riservatezza dei dati, in particolare quella dei dati definiti sensibili dalla legge. In particolare dovranno essere rigorosamente osservate le misure minime di sicurezza stabilite dagli articoli 33, 34, 35 e 36 del D.Lgs. 196/03, nonché dall'allegato B a tale decreto "Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza".

C) La Società dovrà individuare coloro che materialmente effettuano le operazioni di trattamento e dovrà provvedere a nominarli per iscritto quali "incaricati del trattamento" ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 196/03 e contestualmente fornire, sempre per iscritto, le istruzioni appropriate.

D) La Società sarà tenuta a far rispettare ai propri incaricati la riservatezza su tutte le informazioni acquisite a seguito del presente mandato. In particolare essa dovrà assicurare che i propri dipendenti e collaboratori i quali operano sotto la propria ed esclusiva responsabilità osserveranno e faranno osservare la normativa rilevante sia di contratto sia legislativa nonché le istruzioni relative all'incarico ricevuto al fine di adempiere i compiti da essa assunti in base al presente contratto.

E) La Società inoltre dovrà provvedere ad adeguata formazione degli incaricati sugli obblighi imposti dalla legge ed in particolare sulle misure di sicurezza adottate.

F) La Società dovrà garantire gli adempimenti e le incombenze anche formali verso l'Autorità Garante quando richiesto e nei limiti dovuti, disponendosi a collaborare tempestivamente, per quanto di competenza, sia con Cassa Forense sia con l'Autorità. In particolare:

a) dovrà fornire informazioni sulle operazioni di trattamento svolte;

b) dovrà consentire l'effettuazione di controlli da parte della Cassa Forense;

l'inesatto adempimento degli obblighi di cui ai precedenti punti a e b configurerà grave inadempimento e sarà oggetto di risoluzione di diritto del contratto e ciò in aggiunta a quanto previsto nel paragrafo "Clausola risolutiva espressa".

G) La presente nomina cesserà al termine del contratto.

#### **ACCERTAMENTI ANTIMAFIA E DURC**

Qualora dagli accertamenti di cui agli artt. 2 Legge n. 932 del 23.12.1982 e 7 della Legge n. 55 del 19 Marzo 1990 nonché di cui agli artt. 38 e 48 del D.Lgs. 163/06 e s.m.i. risultasse che anche successivamente all'inizio del servizio il titolare o i legali rappresentanti della Società non fossero in possesso dei requisiti per l'assunzione del servizio, Cassa Forense disporrà la risoluzione di diritto del contratto con riserva di chiedere il risarcimento degli eventuali maggiori danni.

La Società deve scrupolosamente osservare le norme derivanti dalle disposizioni di legge in materia di provvedimenti noti sotto il nome di "leggi antimafia", vale a dire le leggi n. 646 del 13.9.1982, 936 del 23.12.1982 e n. 490 del 1994, nonché di tutte le eventuali successive disposizioni in materia, e produrre l'attestazione di regolarità contributiva denominato DURC.

L'accertata inosservanza di tali disposizioni normative comporterà anch'essa la risoluzione di diritto del contratto.

## GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

*a carico Cassa Forense.*

### DEFINIZIONI

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

**Abitazione** dimora abituale dell'assicurato.

**Assicurazione** il contratto di Assicurazione.

**Assicuratore** la Società.

**Assicurati** gli Avvocati, praticanti Avvocati e Avvocati pensionati iscritti alla Cassa.

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

**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.

In tale situazione le spese sostenute saranno poi rimborsate entro i limiti stabiliti dalle condizioni di Polizza.

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

**Commissione Paritetica Permanente** Commissione composta da quattro membri designati due da Cassa Forense e due 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.

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

**Familiari** come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 - ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

**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**) che comportino una riduzione permanente della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66 %.

**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.

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

**Società** Compagnia di assicurazione.

**Società delegataria** Compagnia prescelta dalle Società coassicuratrici a stipulare il contratto.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE – POLIZZA

### Art. 1 – Oggetto.

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati negli Allegati A e B; 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..

### Art.2 – Soggetti.

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate a favore:

- degli iscritti a Cassa Forense;
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Cassa Forense, purchè iscritti.

L'assicurazione è prestata per il ricovero in strutture medico sanitarie, pubblici o privati, 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.

Ciascun Assicurato, iscritto o pensionato iscritto 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.

### **Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.**

Si intendono, altresì, assicurati i professionisti iscritti alla Cassa Forense nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione, regolarmente presentata, attestata dal protocollo della Cassa Forense; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio con le modalità previste dal successivo art. 3.

Gli iscritti alla Cassa, la cui delibera di iscrizione sia intervenuta nel corso nel primo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia assicurativa della Polizza base Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi entro i 60 giorni successivi alla data di 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 della domanda di iscrizione, regolarmente presentata, attestata dal protocollo della Cassa Forense.

Gli iscritti alla Cassa, la cui delibera di iscrizione sia intervenuta nel secondo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia

assicurativa della Polizza base Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi a decorrere dalla successiva annualità assicurativa.

#### **Esclusione di iscritti in corso d'anno.**

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

#### **Art. 3 – Ammontare e pagamento del premio.**

Il premio annuale sarà versato dalla Cassa Forense, esclusivamente a favore degli iscritti attivi e pensionati iscritti, in 4 rate trimestrali anticipate, con conguagli semestrali per gli iscritti in corso d'anno. Il premio annuo previsto per ciascun assicurato si stabilisce presuntivamente in Euro 80,00 comprensivo di oneri e tasse, per un totale di Euro 16.000.000,00 per ciascuna annualità, a fronte di circa 200.000 iscritti e per un totale per il triennio di Euro 48.000.000,00. Per gli iscritti nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa, la Cassa provvederà a versare il premio come sopraindicato, alla scadenza del primo semestre. Per gli iscritti nel secondo semestre dell'annualità assicurativa, la Cassa provvederà a versare il premio nella misura ridotta del 50%, alla scadenza del secondo semestre.

Relativamente alla facoltà di adesione/estensione della Polizza (Polizza Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi), con onere a proprio carico, gli iscritti, 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) dovranno versare un premio annuo previsto per ciascun assicurato presuntivamente in Euro 150,00 comprensivo di oneri e tasse.

La stazione appaltante, a pena di esclusione, non considererà valide le offerte in aumento degli importi individuali previsti nel presente articolo.

#### **Art. 4 - Durata contrattuale e recesso.**

La polizza ha durata triennale con cadenza della copertura assicurativa annuale. La polizza decorre dalle ore 00,00 del 01 gennaio 2014 con scadenza alle ore 24,00 del 31 dicembre 2016.

Cassa Forense potrà recedere dal contratto in ogni momento, con preavviso di almeno 30 giorni e senza che la società appaltatrice possa vantare alcun diritto e/o indennità.

#### **Art. 5 – Modifiche dell'assicurazione.**

Le condizioni di cui al presente Capitolato non sono modificabili.



#### **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 Compagnia di Assicurazione.

#### **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 Euro 260.000,00 per ciascun Assicurato e per ogni anno.

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

#### **Art. 11 - Modalità trasmissione dati**

Cassa Forense si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei dati degli iscritti tramite tracciato record.

#### **Art. 12 - Spese**

La società aggiudicataria si impegna a stampare per ogni annualità a proprie spese una brochure da inviare agli Assicurati concordando con la contraente il testo, le modalità grafiche e la tipologia di materiale.

La spedizione dovrà avvenire per la prima volta entro 30 giorni dalla stipula del contratto affinché gli Assicurati possano esercitare eventualmente l'estensione della copertura assicurativa ai familiari. Tutte le relative spese, postali comprese, sono interamente a carico di detta Società. Tali impegni riguardano anche il Piano individuale integrativo ad adesione.

#### **Art. 13 –Criteri di liquidazione**

I rimborsi avverranno secondo le seguenti modalità:

- a) in caso di Assistenza Diretta, è previsto il pagamento diretto ed integrale (senza applicazione dei limiti di massimale indicati nell'allegato A) da parte dell'Assicuratore alle strutture medico sanitarie per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza;
- b) per il ricovero in strutture sanitarie convenzionate in cui non è stata attivata l'Assistenza Diretta, o non convenzionate con la Compagnia, è previsto il rimborso entro i limiti di massimale indicati nell'Allegato A, delle spese sostenute per le prestazioni erogate; analogamente per il personale medico e sanitario non convenzionato con la Compagnia;
- c) Day-hospital: ai fini della rimborsabilità del sinistro si precisa che gli interventi ricompresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) non trovano limiti ai fini della garanzia né per la durata né per il tipo di ricovero.
- d) La Compagnia si obbliga a liquidare i sinistri entro 60 giorni dalla presentazione dell'intera documentazione attinente la 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 ed i pensionati della Cassa Forense non iscritti non è previsto alcun limite di età.

Per i familiari, per i quali gli Iscritti ed i Pensionati non iscritti alla Cassa Forense richiedano l'estensione della Polizza è previsto il limite di età massimo di 90 anni. Tale limite vige anche per i superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità).

#### **Art. 15 – Operatività delle garanzie**

Per tutti gli Assicurati:

- 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. Relativamente ai Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A), 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, anche se siano insorte precedentemente alla data di decorrenza della polizza.

#### **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 non terapeutico 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 paradontopatie 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. 26 "Rischi assicurati");
- 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.

#### **Art. 17 – Persone non assicurabili**

Le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, sindrome da HIV, alcolismo, non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini di cui all'art. 1898 del C.C.. In tal caso il premio viene rimborsato.

#### **Art. 18 – 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. 19 – 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. 20 – Gestione della Polizza**

La Società:

- raccoglie le adesioni alla polizza tramite le comunicazioni fatte pervenire da Cassa Forense;
- garantisce assistenza telefonica;
- acquisisce la documentazione relativa al sinistro;
- comunica con cadenza semestrale a Cassa Forense le denunce di sinistro e le liquidazioni operate nel semestre stesso, sia quelle relative all'indennità sostitutiva (ove prevista nell'offerta), sia quelle relative all'assistenza indiretta sia quelle relative a Istituti Convenzionati per i quali l'assicurato, non avendo anticipato alcun importo, non ha richiesto alcun rimborso corredato dei dati necessari per la loro identificazione. Verranno forniti tramite supporto magnetico i seguenti dati: numero sinistro, dati anagrafici e numero matricola degli iscritti alla Cassa Forense, tipo e data sinistro subito.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale e Cassa Forense potrà richiedere la risoluzione di diritto del contratto.

#### **Art. 21 – Rinuncia al recesso dal contratto**

La Società in deroga all'art. 1898 del c.c., non può recedere dal contratto.

#### **Art. 22 – 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 quattro membri designati due dalla Cassa Forense e due 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.

#### **Art. 23 – Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata, oppure con telegramma, o con telefax o posta elettronica certificata.

#### **Art. 24 – Deposito cauzionale**

Le imprese forniranno fideiussione bancaria o assicurativa “prima richiesta” per un importo pari al 2% del valore presunto. La fideiussione provvisoria dell'aggiudicataria è trattenibile conto deposito cauzionale definitivo, costituito come da Capitolato d'oneri e pari al 10% dell'importo totale dell'appalto. Ai sensi dell'art. 75 comma 7°, del D.Lgs. 163/06, l'importo di garanzia e del suo eventuale rinnovo, è ridotto del cinquanta per cento per gli operatori economici ai quali venga rilasciata, da organismi accreditati, ai sensi delle norme europee della serie UNI CEI EN 45000 e della serie UNI CEI EN ISO/IEC 17000, la certificazione del sistema di qualità conforme alle norme europee della serie UNI CEI ISO 9000, ovvero la dichiarazione della presenza di elementi significativi e tra loro correlati di tale sistema.

Per fruire di tale beneficio, l'operatore economico dovrà segnalare, in sede di offerta, il possesso del requisito e documentarlo nei modi prescritti dalle norme vigenti.

#### **Art. 25 – Procedura attuativa**

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

#### **Art. 26 - RISCHI ASSICURATI**

##### **Art. 26.1 - Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (ALLEGATO A).**

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'Allegato A, le 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;

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;

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 e 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 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, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- 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 conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza;
- l) Qualora l'assicurato subisca nell'ambito di un unico intervento due o più Grandi Interventi Chirurgici (elencati analiticamente nell'allegato A), il criterio di liquidazione che verrà adottato dalla Compagnia sarà quello di indennizzare per intero il massimale più alto tra gli interventi subiti ai quali aggiungere il 50% dei massimali relativi ai restanti interventi.
- m) 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.

L'indennità sostitutiva spetterà se e come inclusa nell'offerta.

#### **Art. 26.2 - 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 e 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.

##### **Art. 26.2.1 - Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.**

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, 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;
- 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 effettuati 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;

Tali spese di cui ai sopra punti a), b), c), d) vengono rimborsate entro il limite massimo di euro 18.000 per anno.

Sono comprese anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g) i) j) k) riportati nell'art. 26.1.

L'indennità sostitutiva spetterà se e come inclusa nell'offerta.

#### **Art. 26.2.2 - 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 sopra punti 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. 26.1.

#### **Art. 27 - Day Hospital**

E' equiparato al ricovero in Istituto di cura, pertanto, ai fini della rimborsabilità del sinistro si precisa che gli interventi ricompresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) non trovano limiti ai fini della garanzia né per la durata né per il tipo di ricovero.

#### **Art. 28 - Garanzia per malattia oncologica**

La Società provvede al pagamento diretto ed integrale (senza i limiti di cui al successivo periodo) alle strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza.

In caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate, la Società rimborsa le sottoelencate spese di ricovero in istituto di cura, non altrimenti rimborsabili a termini di polizza come garanzia per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, dovute a malattia oncologica e con il limite annuo di € 15.000 per i ricoveri con intervento chirurgico e di € 10.000 per i ricoveri di durata superiore a 5 giorni, non comportanti intervento chirurgico:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- i diritti di sala operatoria;



- il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- assistenza medica ed infermieristica, purché richiesta dallo specialista, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- rette di degenza.

La Società rimborsa altresì entro i limiti sopraindicati le spese sostenute per tutte le terapie rese necessarie dalla malattia oncologica anche se effettuate non in regime di ricovero, nonché le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami effettuati nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Sociale.

Sono, altresì, garantite nell'ambito della "Garanzia per malattia oncologica" le seguenti spese:

- 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 15 giorni;
- per 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 dell'UE ed Euro 8.000,00 per anno assicurativo per ricoveri nel resto del mondo; tali spese sono rimborsabili se sostenute nel giorno di ricovero o nel giorno precedente e nel giorno di dimissione o nel giorno successivo;
- costi di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di Euro 5.000,00 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza.

L'indennità sostitutiva spetterà se e come inclusa nell'offerta.

## **ALLEGATO 'A' - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

**I limiti di rimborso contenuti nel presente allegato devono intendersi omnicomprensivi di quanto rimborsabile per singolo evento ad eccezione del costo del materiale protesico e dei presidi terapeutici applicati durante l'intervento.**

### **ANALGESIA**

Blocco dell'ipofisi

3100

### **CHIRURGIA GENERALE**

### *Collo*

Trattamento ferite profonde del collo	5150
Asportazione della ghiandola sottomascellare	3450
Asportazione di cisti, fistole e neoformazioni del collo	2900
Linfectomia cervicale bilaterale	6050
Linfectomia cervicale mono laterale	4350
Interventi sulla tiroide:	
Cisti della tiroide	4050
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	6300
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	10850
Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna	11950
Gozzo retrosternale	5950
Gozzo retrosternale con mediastinotomia	7100
Interventi sulle paratiroidi	7450
Faringotomia ed esofagotomia	10250
Interventi per diverticolo dell'esofago	6850
Resezione dell'esofago cervicale	9150
<i>Addome (parete addominale)</i>	
Laparatomia per drenaggio di peritoniti	5750
Laparatomia esplorativa:	
se per occlusione senza resezione	7450
se per occlusione con resezione	8000
se con sutura viscerale	8000
Intervento per ernia inguinale complicata e/o recidiva	4900
Intervento per ernia crurale complicata e/o recidiva	4900
Ernia ombelicale complicata e/o recidiva	4900
Ernia epigastrica complicata e/o recidiva	4900
Laparocele post-operatorio	5750
Laparocele complicato	5750
Intervento per ernie diaframmatiche	6300
Ernie rare (ischiatriche, otturatorie, lombari, ecc.)	5750
Intervento iatale con funduplicatio	6850
<i>Peritoneo</i>	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	8550

### *Esofago*

Esofagoscopia operativa e uso di sonda di Senstaken Bleckmore	2000
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	10250
Interventi con esofagoplastica	9150

### *Stomaco, duodeno*

Gastrosocopia operativa	2000
Duodenoscopia operativa	2000
Gastrostomia	4250
Gastro-enterostomia	6850
Resezione gastrica	10850
Gastroectomia totale	11400
Gastroectomia se allargata	13650
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-opertoria	10250
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	9700
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	8000
Mega-esofago e esofagite da reflusso	8000
Cardioplastica	6850
Vagotonia	5150

### *Intestino*

Enterostomia, ano artificiale e chiusura	7800
Enteroanastomosi	6300
Resezione del tenue	8000
Resezione ileo-cecale (emicolectomia dx)	10250
Colonscopia operativa	2100
Colectomia totale	9700
Colectomie parziali	7450
Appendicectomia con peritonite diffusa	5750

### *Retto -Ano*

Estrazione di corpi estranei dal retto con intervento	4050
Rectosigmoidoscopia operativa	1400
Interventi per ascesso perianale	3450
Interventi per ascesso del cavo ischio-rettale	4050
Operazione per emorroidi solo se recidive	4600
Operazione per ragadi solo se recidive	4600

Interventi per neoplasie del retto – ano	5750
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	6850
Prolasso del retto	4050
Operazione per megacolon	11400
Proctocolectomia totale	11400
<i>Fegato</i>	
Drenaggio di ascesso epatico	7450
Interventi per echinococchi	8000
Resezioni epatiche	10850
Derivazioni biliodigestive	7450
Interventi sulla papilla di Water	6850
Reinterventi sulle vie biliari	8550
Incannulazione dell 'arteria epatica per perfusione antiblastica	2350
Interventi chirurgici per ipertensione portale	7450
Epatotomia e coledocotomia	11200
Papillotomia per via transduodenale	7450
Deconnessione azigos-portale per via addominale	9150
Esplorazione chirurgica delle vie biliari	3750
Trapianto di fegato	39850
<i>Pancreas –Milza</i>	
Interventi per pancreatite acuta	11100
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	8000
Interventi per pancreatite cronica	6300
Interventi per neoplasie pancreatiche	9150
Splenectomia	6850
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatica	9150
<i>Torace - parete toracica</i>	
Asportazione di tumori benigni della mammella	4050
Interventi per tumori maligni della mammella	7450
Toracotomia esplorativa	5750
Drenaggio pleurico	2900
Resezione costali	5750
Correzioni di malformazioni parietali	11400
<i>Interventi sul mediastino</i>	

Interventi per tumori	13650
<i>Interventi su polmone - bronchi - trachea</i>	
Interventi per ferite del polmone	6850
Interventi per ascessi	5150
Interventi per fistole bronchiali	11400
Interventi per echinococco	5150
Resezioni segmentarie e lobectomia	11400
Pneumectomia	11400
Pleuropneumectomia	17050
Broncoscopia operativa	1750
Tumori della trachea	15950
Resezione bronchiale con reimpianto	15950
Timectomia per via toracica	6850
Trapianto di polmone	39850
<i>Cardiochirurgia e chirurgia toracica</i>	
Tutti gli interventi:	
a cuore chiuso	10850
a cuore aperto per difetti singoli non complicati	11950
a cuore aperto per difetti complessi o complicati	14250
Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio	17050
Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento	6600
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	6850
Fistole arterovenose polmonari	11400
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	11400
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	11400
Trapianto cardiaco	39850
<i>Neurochirurgia</i>	
Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare	3000
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	10850
Intervento per encefalomeningocele	10850
Intervento per craniostenosi	10250
Asportazione tumori ossei della volta cranica	10250
Interventi per traumi cranio cerebrali	10250

Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	10250
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	10250
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	9150
Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale	3450
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	9500
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	6850
Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici	5150
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	13650
Asportazione tumori dell'orbita	9700
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	14800
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	14800
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche	10250
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	8550
Intervento per epilessia focale e callosotomia	11400
Emisferectomia	17050
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore	12550
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	10250
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	13100
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore	10250
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	14800
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	14800
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	11400
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	14800
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	8000
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	6850
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	10250
Interventi per traumi vertebro-midollari	9700
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	12550
Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore	10850
Somatotomia vertebrale	11400
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	9700
Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica	15950

Spondilolistesi	8000
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	17050
Cordotomia e mielotomia per cutanea	11400
Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro	3450
Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza	4600
Registrazione della pressione intracranica	1750
Radiochirurgia stereotassica	5500
Radiochirurgia gammaknife	5500
<i>Nervi periferici</i>	
Asportazione tumori dei nervi periferici	6850
Anastomosi extracranica di nervi cranici	9150
Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, nefrotomie, nevrectomie, decompressive	6850
Interventi sul plesso brachiale	13650
<i>Interventi sul sistema nervoso simpatico</i>	
Simpaticectomia cervico-toracica	8000
Simpaticectomia lombare	5750
<b>CHIRURGIA VASCOLARE</b>	
Sutura arterie periferiche	6850
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	8550
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	10250
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	6850
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	10250
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	7450
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	8550
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	6300
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	11400
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	8550
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	10250
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	10250
Trombectomia venosa periferica iliaca	6300
Trombectomia venosa periferica cava	7450
Legatura vena cava inferiore	8550

Resezione arteriosa con plastica vasale	10250
Interventi per innesti di vasi	8550
Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale	13100
Anastomosi mesenterica-cava	10250
Anastomosi porta-cava e splenorenale	10250
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	8000
Reintervento per varici recidive	5150
Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale e aorta toracica	12100
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	8550
<b>CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)</b>	
<i>Generalità</i>	
Trasferimento di lembo libero microvascolare	7450
<i>Cranio-faccia e collo</i>	
Gravi e vaste mutilazioni del viso	22800
Riduzione frattura orbitaria	9150
Cranioplastica	10150
Coloboma	3450
Rare deformità cranio facciali	13650
Labioschisi bilaterale	5750
Labioalveoloschisi bilaterale	6850
Palatoschisi totale	5750
Interventi di push-back e faringoplastica	4700
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	5750
Intervento per anchilosi temporo mandibolare	4600
Ricostruzione della emimandibola	6850
Progenismo, laterognazia, prognatismo (per ogni tempo operatorio)	12550
Plastica per paralisi del nervo facciale: (per ogni tempo operatorio) statica –dinamica	4600
<i>Torace ed addome</i>	
Malformazione della gabbia toracica	13650
Ricostruzione della parete addominale	6850
Ricostruzione mammaria post-mastectomie sottocutanee (protesi escluse)	4600



Ricostruzione mammaria post-mastectomia radicale (protesi escluse)	5750
Plastica per ipospadia ed epispadia	9150
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	14800
Ricostruzione vaginale	9150
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	6850
<i>Arti</i>	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	9150
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	5750
Morbo di Dupuytren	5150
Ricostruzione del pollice	13650
Reimpianto microchirurgico del dito	13650
Neuroraffia	3450
Linfedema arti inferiori	8000
Neurolisi	2350
<i>Plastica estetica (interventi ammessi solo se compresi in garanzia)</i>	
Rinoplastica correttiva (se vi è danno funzionale)	2350
Rinosettoplastica (se vi è danno funzionale)	5750
Settoplastica (se vi è danno funzionale)	4050
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA - Operazioni pediatriche tipiche</b>	
Cranio bifido con meningocele	10250
Cranio bifido con meningoencefalocele	11400
Craniostenosi	6300
Idrocefalo ipersecretivo	10250
Fistola auris congenita	10250
Torcicollo miogeno congenito unilaterale	4600
Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato	5750
Linfangioma cistico del collo	9150
Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica	8000
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica	9150
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)	14800
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)	15950
Atresia congenita dell'esofago	14800
Fistola congenita dell'esofago	9700

Torace ad imbuto e torace carenato	13650
Ipertensione portale nel bambino (applicazione di sonda) trattamento chirurgico	8000
Stenosi congenita del piloro	5150
Occlusione intestinale del neonato:	
a) malrotazione bande congenite, volvolo	5750
b) atresie necessità di anastomosi	9150
c) ileo meconiale:	
ileostomia semplice	4600
resezione secondo Mickulicz	10250
resezione con anastomosi primitiva	11950
Atresia dell'ano semplice:	
a) abbassamento addomino perineale	11950
b) operazione perineale	6850
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:	
abbassamento addomino perineale	12550
Prolasso del retto:	
a) cerchiaggio anale	2350
b) operazione addominale	7450
Stenosi congenita dell'ano:	
a) plastica dell'ano	6850
Teratoma sacrococcigeo	9700
Megauretere:	
a) resezione con reimpianto	9150
b) resezione con sostituzione di ansa intestinale	11400
Nefrectomia per tumore di Willms	13650
Spina bifida:	
a) meningocele	12550
b) mielomeningocele	13650
Megacolon:	
a) clostomia	4600
b) resezione anteriore	11400
c) operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson	15950
Esonfalo	5150
Fistole e cisti dell'ombelico:	

a) dell'uraco	6850
b) del canale onfalomesenterico con resezione intestinale	10250
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	
Interventi incruenti:	
Riduzione di fratture-lussazioni della colonna vertebrale	9150
Interventi cruenti:	
Resezioni ossee	4600
Amputazioni:	
a) medi segmenti	3450
b) grandi segmenti	4600
Pseudoartrosi:	
a) grandi segmenti	8550
Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione	10250
Osteosintesi di tibia con viti	5750
Osteosintesi di tibia con viti e placca	6850
Osteosintesi di tibia infibulo endomidollare	8000
Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale	5750
Osteosintesi collo femore (per frattura o epifisiolisi)	8000
Osteosintesi di omero	5750
Costruzione di monconi cinematica	4600
Interventi per costola cervicale	5750
Scapulopessi	4600
Asportazione di tumori ossei	11400
Trapianti ossei o protesi diafisarie	9150
Pseudoartrosi congenita di tibia	8550
Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni	6850
Osteosintesi di clavicola, rotula	4600
Osteosintesi di avambraccio	4600
Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali	4050
Resezioni articolari	4600
Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti	11400
Resezioni del sacro	5750
Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari	11400
Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)	10250

Disarticolazioni: media –grande	10250
Disarticolazione interscapolo toracica	11950
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto	10250
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"	12550
Resezioni del radio distale:	
a) artrodesizzanti (trapianto o cemento)	6850
b) con trapianto articolare perone-pro-radio	8000
Emipelvectomia	10250
Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto	13650
Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)	14800
Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:	
a) artrodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)	6850
b) sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"	13650
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	6850
Sinovialectomie articolari: medie articolazioni - grandi articolazioni	5750
Artroplastiche con materiale biologico:	
a) piccole	4600
b) medie	5750
e) grandi	6850
Acromioplastica anteriore	5750
Traslazione muscoli cuffia	5750
Trattamento lussazione recidivante spalla anteriore	6300
Trattamento lussazione recidivante spalla posteriore	6850
Plastica per lussazioni recidivanti (ginocchio)	6300
Artroscopia chirurgica:	
a) biopsia della sinoviale	2900
b) asportazione dei corpi mobili	5150
c) sinoviectomia	5150
d) condrectomia	3450
e) laterale release	4600
Ricostruzione dei legamenti articolari	8000

Applicazione dei compressori	5750
Artrodesi:	
a) medie (piedi, polso, gomito)	4050
b) grandi (spalla, anca, ginocchio)	5750
Artrolisi: ginocchio –piede	3450
Riduzione cruenta lussazione congenita anca	6300
Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)	11400
Intervento di coxolisi	5750
Asportazione corpi estranei o mobili endoarticolari	5150
Protesi totale di spalla	13650
Artroprotesi di anca	14800
Protesi totale per displasia d'anca	14800
Intervento di rimozione di protesi d'anca	4600
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	19400
Artroprotesi di ginocchio	12550
Artroprotesi di gomito	7450
Endoprotesi di Thompson	8550
Protesi cefalica di spalla	10250
Protesi di polso	8000
Emiartroplastica	8000
Vertebrotomia	11400
Biopsia vertebrale a cielo aperto	4050
Discectomia per via anteriore per ernia cervicale	10850
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi	13650
Uncoforaminotomia	11400
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale	17050
Osteosintesi vertebrale	11400
Pulizia focolai osteitici	4600
Artrodesi per via anteriore	11400
Interventi per via posteriore:	
a) senza impianti	10250
b) con impianti	12550
Interventi per via anteriore:	

a) senza impianti	17050
b) con impianti	19400
<i>Tendini - Muscoli - Aponeurosi</i>	
Tenoplastiche, mioplastiche o miorrafie	3450
Tenotomie, miotomie e aponeurotomie	4050
Trapianti tendinei e muscolari	5750
Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito	5150
Deformità delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia e simili)	5750
Interventi correttivi per deformazioni delle dita (boutonnière - Swan neck etc.)	10250
Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)	13650
Ricostruzioni tendinee polso e mano	4600
Sindesmotomia	4600
Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie (retrazione cicatriziale, Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio	11400
Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)	13650
Iniezione di cemento per cedimenti vertebrali	5500
<b>UROLOGIA</b>	
<i>Rene</i>	
E.S.W.L.(litotrixxia extracorporea con onda d'urto)	8000
Decapsulazione	4600
Nefropessi	5150
Lombotomia	5150
Lombotomia per biopsia chirurgica	5150
Lombotomia per ascessi pararenali	6300
Nefrectomia semplice	6300
Nefrectomia parziale	10850
Nefrectomia allargata per tumore	13650
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	15950
Resezione renale con clampaggio vascolare	10850
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	11400
Nefroureterectomia totale	15950
Nefrostomia o pielostomia	4600
Pielotomia	5750
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	7450

Trapianto renale	39850
Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	9150
<i>Surrene</i>	
Surrenalectomia	10850
<i>Uretere</i>	
Ureteroplastica	7450
Ureterolisi	4050
Ureterocistoneostomia monolaterale	6850
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	8550
Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole	9150
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	10250
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	8000
Sigmoidostomia	7150
<i>Vescica</i>	
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	7450
Emitrignonectomia	5750
Ileo bladder	7450
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia	11400
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	13650
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	15950
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	11400
Riparazione di fistola vescico intestinale	9700
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi	13650
Diverticolectomia con U.C.N.	6850
Riparazione fistole vescico vaginali	8550
Cervicocistopessi o colposospensione	4600
Ileo e/o coloncistoplastiche	11400
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	14800
<i>Prostata</i>	
Adenomectomia da neoplasia	9150
Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico	4600
Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing	15950
<i>Uretra</i>	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	9150

Uretrectomia	5750
<i>Apparato genitale maschile</i>	
Amputazione totale del pene	8000
Orchidopessi bilaterale	6850
Orchifuniculectomia per via inguinale	6850
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	5750
Riparazione fistole scrotali o inguinali	4600
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	6850
Orchiectomia allargata per tumore	12550
<b>NEFROLOGIA</b>	
Fav:	
Impianto di materiale protesico	3450
Reimpianto di un ramo dello Shunt	1750
<b>OSTETRICA</b>	
Trasfusioni intrauterine	2350
Rivolgimento ed estrazione podalica	6300
Laparotomia per gravidanza extrauterina	7450
Fetoscopia	2900
<b>GINECOLOGIA</b>	
Plastica vaginale anteriore e posteriore per colpocistorettocele	6850
Interventi sull'ovaio e salpingi: annessiectomia, asportazione di saetosalpinge, tumori solidi, resezione ovarica	6300
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	9150
Colpoisterectomia con o senza annessiectomia	8000
Metroplastica per via laparotomia	6850
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	6300
Salpingoplastica	6850
Vulvectomia radicale	9700
Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio (2° look)	4050
Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi o con rivestimento epidermico	6850
Riparazione chirurgica di fistola:	
Ureterale	6300
Vescico-vaginale	7450



Retto-vaginale	7450
Intervento trattamento incontinenza urinaria:	
Intervento per via vaginale (op. di Kelly)	5750
Intervento per via addominale (colposospensione sec. Burch - operazione di Marshall -Marchetti, ed altri)	6850
Intervento combinato (intervento a fionda, ed altri)	8550
Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale	13650
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale	9700
Vulvectomy allargata con linfadenectomia	13650
Intervento radicale per carcinoma ovario	6850
Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)	4600
<b>OCULISTICA</b>	
Trapianto corneale a tutto spessore	6850
Odontocheratoprotesi	7550
Cheratomi radiale esclusi vizi di rifrazione	4350
Cheratomilleusi esclusi vizi di rifrazione	5300
Epischeratoplastica	5150
<i>Orbita</i>	
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	9500
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione di diplopia	11000
<i>Operazioni per Glaucoma</i>	
Trabeculectomia	5750
Idrocicloretrazione	6300
<i>Retina</i>	
Intervento di distacco (mediante diatermocoagulazione o criocoagulazione)	4600
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia diabetica anche se in più sedute	1750
Resezione sclerale	4600
Cerchiaggio o piombaggio	5150
<i>Bulbo oculare</i>	
Enucleazione, exenteratio	4050
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	6600
<i>Varie</i>	
Vitrectomia	5750
Trattamento laser per neoformazione iridea	1000

## OTORINOLARINGOIATRIA

### *Orecchio esterno*

Atresia auris congenita: ricostruzione	9700
Exeresi di neoplasia del padiglione, con svuotamento linfoghiandola	2350

### *Orecchio medio ed interno*

Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	6850
Trattamento delle petrositi suppurate	8550
Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia	5150
Apertura di ascesso cerebrale	10250
Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)	5150
Ricostruzione della catena ossiculare	4600
Interventi per otosclerosi	6850
Distruzione del labirinto	5750
Chirurgia della Sindrome di Mènière	6300
Chirurgia del sacco endolinfatico	8550
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	10850
Anastomosi e trapianti nervosi	9150
Sezione del nervo coclearie	14250
Sezione del nervo vestibolare	13650
Neurinoma dell'VIII paio	14500
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	7000
Asportazione di tumori del temporale	5150
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	8000

### *Naso e seni paranasali:*

Operazione radicale per sinusite mascellare (Operazione di Calwell-Luc)	6050
Svuotamento etmoide per via transmascellare	4050
Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)	3450
Trattamento chirurgico di mucocele frontoetmoidale	6050
Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni	11400
Apertura del seno sferoidale	5850
Intervento per fibroma duro rinofaringeo	5750
Chirurgia della fossa pterigomascellare (legatura arteria mascellare interna, sezione del nervo vidiano, etc.)	11850

### *Cavo orale e faringe*

Tumori parafaringei	10250
Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc)	4600
Idem, con svuotamento latero-cervicale	6300
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	6600
<i>Ghiandole salivari</i>	
Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale	3450
Asportazione della parotide	5750
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	7000
<b>LARINGE - TRACHEA - BRONCHI -ESOFAGO</b>	
<i>Laringe</i>	
Cordectomia per via tirotomica	5850
Laringectomia parziale	9150
Laringectomia sopraglottica	9150
Laringectomia totale	10850
Laringectomia ricostruttiva	12550
Laringofaringectomia	9500
Interventi per paralisi degli abduuttori	8000
<i>Collo (vedere anche: Chirurgia generale):</i>	
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	5750
Asportazione di neoformazioni benigne profonde	1200
Incisione di flemmoni profondi	1200
Intervento per laringocele	5150
Asportazione di diverticolo esofageo	6300
Esofagotomia cervicale	5750
Asportazione di fistole congenite	7450
Svuotamento sottomandibolare unilaterale	3450
Svuotamento sottomandibolare bilaterale	4350
Svuotamento laterocervicale unilaterale	4350
Svuotamento laterocervicale bilaterale	6050
Chiusura di faringostoma	2900
Chiusura di fistola esofagea	2900
Plastiche laringotracheali	5150

Legatura di grossi vasi	6850
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	8000
<b>STOMATOLOGIA</b>	
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	1100
Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)	1400
Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)	1600
<b>PROTESI</b>	
(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purchè l'infortunio medesimo sia certificato da Pronto Soccorso o analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso)	
<i>Protesi fissa</i>	
Corona a giacca in ceramica vetrosa e allumina	750
Corona oro-ceramica fresata	1100
<i>Protesi mobile</i>	
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina	1600
Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana	2150
Protesi scheletrata in lega preziosa	3200
<b>CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE</b>	
Osteoartrotomia (anchilosi ATM)	4150
Frattura del condilo e del coronoide (trattamento chirurgico-ortopedico)	4350
Frattura dei mascellari (esclusa apparecchiatura): terapia chirurgica	5150
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalp	6850
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	11400
<i>Osteosintesi</i>	
Terapia chirurgica post-traumatica delle malformazioni maxillo-facciali (progenismo, prognatismo, laterodeviiazione mandibolare, morsus apertus, micrognazie, retrusioni inferiori e superiori)	11400
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	11400
Plastiche per paralisi facciali:	
Statica	4600
Dinamica	6600
per tempo operatorio	4050
Push-bach e faringoplastica	6300
<b>RADIOLOGIA INTERVENTISTICA</b>	
Arteriografia polmonare con fibrinolisi e disostruzione meccanica bilaterale delle arterie	

polmonari	8800
RCP (endoscopiche retrograde cholangiopancreatography) + papillosfinetoromia + protesi (metallo o plastica)	6600
TIPS (shunt portosovraepatico)	11000
Posizionamento di stent gastrointestinali (esofagei, duodenali, colici, etc.)	4750
Posizionamento di stent tracheali	2750
Posizionamento di stent arteriosi iliaco femorali	6600

## ALLEGATO "B"

### ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

Si considerano «grave evento morboso» le seguenti patologie:

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torpide e decubiti
- sovrinfezioni
- infezioni urogenitali
- ipertensione instabile
- neuropatie
- vasculopatie periferiche

Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi e stasi polmonare
- ipossiemia
- aritmie

Cardiopatía ischemica

Insufficienza cardiaca congestizia

Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:

- acuta
- edema polmonare
- cronica in trattamento riabilitativo
- con ossigenoterapia domiciliare continua
- con ventilazione domiciliare

- cronica riacutizzata

Insufficienza renale acuta

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)

Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Leucemie e linfomi maligni

Emolinfopatie sottoposte a trapianto midollare

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

Patologie neuromuscolari evolutive

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie

Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson, caratterizzato da marcata riduzione attività motoria e dal mantenimento della stazione eretta con difficoltà

Stato di Coma

Alzheimer

Paraplegia

Pancreatite acuta

Encefalite acuta

Cirrosi epatica

Epatite fulminante con necrosi epatica

Anemia aplastica con necessità di almeno una delle seguenti terapie:

- emotrasfusioni
- agenti stimolanti il midollo
- agenti immunosoppressivi

Perdita della parola

AIDS per emotrasfusioni in cui:

- l'infezione deve esser contratta in seguito a trasfusione ritenuta indispensabile nell'interesse della sopravvivenza dell'assistito

- la trasfusione deve essere stata eseguita dopo la stipula della polizza presso strutture sanitarie private o pubbliche
- la struttura sanitaria deve confermare la propria azione colposa

Tutti i ricoveri in terapia intensiva.

## Piano Copertura Assicurativa Integrativa

per

“Tutte le forme di ricovero con o senza intervento chirurgico e l’alta  
diagnostica”

### DEFINIZIONI

**Assicurazione** il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Polizza** il documento che prova l’assicurazione.

**Contraente** il soggetto che stipula la polizza.

**Assicurato** il soggetto nel cui interesse viene stipulata l’assicurazione.

**Assistenza diretta** – qualora l’assicurato decida di avvalersi di una struttura medico sanitaria e di una Equipe medica convenzionati per prestazioni assicurative della polizza indennizzabili, ottenuta la previa autorizzazione dalla Centrale Operativa, potrà beneficiare del pagamento diretto da parte della Compagnia.

**Assistenza indiretta** - si ricorre 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.

In tale situazione le spese sostenute saranno poi rimborsate entro i limiti stabiliti dalle condizioni di Polizza.

**Società** la Compagnia Assicuratrice aggiudicatrice.

**Premio** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Infortunio** l'evento dovuto a caso fortuito, violento ed esterno che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Malattia** qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico.

**Malformazione** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Difetto fisico** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Familiari** –come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 - ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

**Istituto di Cura** ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**Struttura sanitaria convenzionata** istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**Ricovero** la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

**Retta di degenza** le spese relative al trattamento alberghiero e all'assistenza medico-infermieristica.

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

**Grandi Interventi/Gravi eventi morbosi** interventi chirurgici e patologie mediche non coperti dalla polizza collettiva "Grandi interventi e gravi eventi morbosi" stipulata da Cassa Forense.

**Intervento chirurgico ambulatoriale** prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

**Accertamento diagnostico** prestazione medica sanitaria strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.

**Sinistro** il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

**Indennizzo** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.



**Franchigia** la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venisse espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

**Scoperto** la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

## **PREMESSA**

La Convenzione per la Polizza Sanitaria Integrativa offre la possibilità agli iscritti e agli altri soggetti abilitati alla adesione di conseguire, con onere economico a loro carico, una copertura assicurativa sanitaria per quanto non compreso nella polizza collettiva di base a carico Cassa Forense per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, come indicato negli articoli seguenti.

L'adesione al Piano sanitario integrativo sarà possibile solo per coloro che siano già in copertura nel Piano Base.

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione.**

La presente assicurazione estende la copertura sanitaria Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi ai rischi non coperti ed è, quindi, operante per tutti gli interventi chirurgici e gli eventi morbosi non previsti nella polizza base e si intende estensione di questa.

Rientrano nei "rischi non coperti" anche quelle prestazioni connesse al grande intervento chirurgico ma non liquidabili a termini di polizza base.

La presente assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero, con o senza intervento, in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- ricovero in regime di day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta diagnostica;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- stato di non autosufficienza temporanea;
- check up;
- second opinion;
- cure dentarie da infortunio;
- consulenza e assistenza;
- quant'altro rientrante nell'offerta.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi:

- a) alle strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società;
- b) alle strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società;
- c) al Servizio Sanitario Nazionale.

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

#### **Art. 2 – Persone assicurate.**

Possono aderire alla polizza sanitaria integrativa, con onere a loro a carico, gli iscritti alla Cassa, i pensionati non iscritti alla Cassa e i superstiti di avvocati titolari di pensione di reversibilità o indiretta con limite di età fissato a 80 anni, già in copertura con la polizza sanitaria base Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

Gli aderenti alla polizza sanitaria integrativa possono estendere la relativa copertura ai familiari conviventi come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, al convivente more uxorio (come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge) nonché al coniuge non divorziato e/o figli non conviventi.

Per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

L'estensione dovrà avvenire per tutti i componenti del nucleo familiare come risultanti dal certificato di stato di famiglia, salvo che, nell'offerta, la Società aggiudicataria si sia impegnata a consentire l'estensione della copertura assicurativa anche solo al coniuge o al convivente more uxorio.

Nel caso in cui due o più iscritti alla Cassa appartengano ad un unico nucleo familiare, per il calcolo del relativo premio, verrà applicato il trattamento più favorevole.

#### **Art. 3 – Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio.**

La Società dovrà provvedere al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

- c) Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi in copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) Retta di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.
- e) Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la prestazione è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- g) Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
- h) La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.
- i) Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alle lett. a), b), c), g) e h) del presente articolo, con i relativi limiti in essi indicati.

#### **Art. 4 - Parto e aborto**

a) In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'art. 3 "Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lett. b), c) d), e), g), e h) con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

b) In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico o spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'art. 3 "Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b), c) e d); relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti all'art. 3 "Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lett. g) e h) con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

**Art. 5 – Modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 3 Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio:**

**a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate tranne una franchigia di € 700,00 che verrà versata dall'Assicurato alla struttura al momento dell'effettuazione della prestazione ad eccezione delle spese indicate all'art 3 lett. e) f) h) che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e di quelle indicate all'art. 4 "Parto e aborto" che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nel limite previsto all'articolo indicato. Il day hospital deve intendersi equiparato al regime di ricovero.

**b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 30%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ad eccezione delle spese indicate all'art. 3 lett. e), f); h) ed all'art. 4 "Parto e aborto" che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Il day hospital deve intendersi equiparato al regime di ricovero.

In caso di Intervento Chirurgico ambulatoriale le spese vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 850,00.

**c) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale.**

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per tickets sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) del presente articolo.

**Art. 6 – 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. 7 – Prestazioni di alta diagnostica.**

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per le prestazioni extraospedaliere sotto indicate nel limite annuo di € 7.000,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia, è richiesta la prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Utilizzando strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale, i tickets sanitari a carico dell'Assicurato vengono rimborsati integralmente.

#### **Terapie:**

Chemioterapia

Cobaltoterapia

Dialisi

Laserterapia a scopo fisioterapico

Radioterapia

#### **Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrasto grafici), anche digitale**

Angiografia

Artrografia

Broncografia

Cisternografia

Cistografia

Cistouretrografia

Clisma opaco

Colangiografia intravenosa

Colangiografia percutanea (PTC)

Colangiografia trans Kehr

Colecistografia  
Dacriocistografia  
Defecografia  
Fistolografia  
Flebografia  
Fluorangiografia  
Galattografia  
Isterosalpingografia  
Linfografia  
Mielografia  
Retinografia  
Rx esofago con mezzo di contrasto  
Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto  
Rx tenue e colon con mezzo di contrasto  
Scialografia  
Splenoportografia  
Urografia  
Vesciculodeferentografia  
Videoangiografia  
Wirsunggrafia  
**Accertamenti**  
Coronarografia  
Ecocardiografia  
Elettroencefalogramma  
Elettromiografia  
Mammografia o Mammografia Digitale  
PET  
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)  
Scintigrafia  
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

## **Art. 8 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici**

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o da infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia, è richiesta la prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Utilizzando strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale, i tickets sanitari a carico dell'Assicurato vengono rimborsati integralmente.

Non sono comprese in copertura le spese per visite specialistiche effettuate in strutture non convenzionate o da medici non convenzionati.

Il massimale annuo corrisponde a € 1.500,00 per nucleo familiare.

## **Art. 9 - Stato di non autosufficienza temporanea.**

### **Art. 9.1 – Oggetto della garanzia.**

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo art. 9.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

### **Art. 9.2 – Operatività della garanzia.**

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

- avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
- avere limitazioni funzionali nel compiere uno o più dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi;
- essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%;
- essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per

tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci;

- essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- essere di età superiore ad anni 70;
- essere di età inferiore ad anni 18;

#### **Art. 9.3 – Somma Assicurata.**

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo art. 9.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 10 mesi.

#### **Art. 9.4 - Definizione dello stato di non autosufficienza.**

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo; ad una persona, per esempio, che abbia bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta l'incapacità di lavarsi);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile; la capacità di nutrirsi implica di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire e non quella di tagliarli o aprire delle confezioni );
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio. Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella o di qualsiasi altro ausilio, viene considerata in grado di spostarsi da sola; nel caso di utilizzo di sedia a rotelle il soggetto, per essere considerato autonomo, deve essere in grado di eseguire da solo i passaggi posturali quali poltrona/sedia a rotelle, sedia a rotelle/letto);



- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi);

e necessari temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica/infermieristica prestati in regime di ricovero.

#### **Art. 10 - Check up**

La Società dovrà garantire l'effettuazione degli esami e accertamenti sotto indicati una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

#### **PRESTAZIONI PER L'UOMO**

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

#### **PRESTAZIONI PER LA DONNA**

- Alanina aminotransferasi ALT

- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- pap-test

#### **Art. 11 - Second Opinion**

La prestazione di "Second Opinion" consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da specialisti che operano presso Centri Specialistici di eccellenza internazionale; fornisce un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Assicurato, con la finalità di assistere l'Assicurato ed il suo Medico curante nel percorso di diagnosi e cura. Particolare oggetto della Second Opinion sono le condizioni cliniche complesse, in cui talora vi siano pareri medici discordanti in relazione alla diagnosi o alla terapia e l'Assicurato abbia necessità di un parere specialistico di altissimo livello.

La Società dovrà consentire di poter accedere ad una consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri specialistici di eccellenza internazionali.

La presente è prestata con riferimento alle seguenti condizioni patologiche diagnosticate presso strutture sanitarie autorizzate:

1. malattie cardiovascolari
2. ictus
3. cecità
4. sordità
5. aids
6. insufficienza renale
7. trapianto di organo

8. sclerosi multipla
9. paralisi
10. malattia di Parkinson
11. gravi ustioni
12. coma

#### **Art. 12 - Cure dentarie da infortunio**

La Società dovrà liquidare all'Assicurato, in deroga a quanto previsto all'art. 21 "Esclusioni dall'Assicurazione" e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, alle modalità di seguito riportate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali annui.

Il massimale annuo per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 1.500,00 per nucleo familiare.

#### **Art. 13 - Consulenza e assistenza**

La Società dovrà garantire, a mezzo del call center e con le modalità già anticipate nel presente Capitolato Speciale 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;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### **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.

### **Servizi di assistenza**

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

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

#### **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 dai medici della Centrale Operativa 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.

#### **l) Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

#### **m) 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.

#### **Art. 14 – Massimale.**

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate è pari a € 260.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

#### **Art. 15 –Premi annui.**

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) Iscritto	€ 1.150,00
b) Coniuge o convivente “more uxorio”	€ 920,00
c) Ciascun figlio	€ 680,00
d) Altri componenti il nucleo familiare conviventi con l'iscritto	€ 1.150,00

Come da condizioni di cui all'art. 2, è facoltà dell'iscritto estendere la garanzia della copertura integrativa, oltre che al coniuge ed ai figli, anche ad altri familiari conviventi con l'iscritto che risultino dallo stato di famiglia.

Per i familiari diversi da coniuge o convivente more uxorio e figli il premio da corrispondere sarà pari ad € 1.150,00.

Nel caso in cui due o più iscritti alla Cassa appartengano ad un unico nucleo familiare, per il calcolo del relativo premio verrà applicato il trattamento più favorevole ( es.: premio iscritto € 1.150,00 + premio coniuge € 920,00 = € 2.070,00 in luogo di € 2.300,00).

#### **Art. 16 – Termini di aspettativa.**

La garanzia 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 per gli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Contratto per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Contratto per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Contratto per il parto e le malattie da puerperio;

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la garanzia associativa risulti essere stata attivata nell'annualità precedente.

#### **Art. 17 – Oneri fiscali.**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Società, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

#### **Art. 18 – Foro competente.**

Il foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

#### **Art. 19 – Altre assicurazioni.**

L'assicurato, in caso di sinistro, deve dare comunicazione alla Società dell'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate.

#### **Art. 20 – 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. 21 – Esclusioni dall'assicurazione.**

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione dell'Assicurazione. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. 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;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. 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;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
12. l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
13. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
14. le infezioni da HIV;
15. tutto quanto non espressamente indicato nel presente Contratto assicurativo.

**Art. 22 – Esclusioni per garanzia “stato di non autosufficienza temporanea”.**

Limitatamente alle prestazioni previste all'Art. 9 “Stato di non autosufficienza temporanea”, l'assicurazione non è operante per le conseguenze dirette o indirette:

- di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti;



- di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

#### **Art. 23 – Limiti di età.**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento dell'81° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'81° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

#### **Art. 24 – Durata dell'assicurazione.**

La durata dell'assicurazione è correlata a quella della Polizza Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi a cui è indissolubilmente connessa.

#### **Art. 25 - 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

quattro membri designati due dalla Cassa Forense e due 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.

#### **Art. 26 – Nuovi iscritti in corso d'anno.**

Gli iscritti alla Cassa, la cui delibera di iscrizione sia intervenuta nel corso nel primo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno aderire, per sé stessi e per il proprio nucleo familiare, alla garanzia assicurativa della Polizza Integrativa entro i 60 giorni successivi alla data di delibera di iscrizione, previo versamento del 100% dei premi, nella misura stabilita all'art. 15. La validità della copertura assicurativa integrativa, per iscritto e familiari, decorrerà dalla data di adozione della delibera di iscrizione.

Gli iscritti alla Cassa, la cui delibera di iscrizione sia intervenuta nel secondo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno aderire, esclusivamente per sé stessi, alla garanzia assicurativa della Polizza Integrativa entro i 60 giorni successivi alla data di delibera di iscrizione alla Cassa, previo versamento del 50% del premio, nella misura stabilita all'art. 15. La validità della copertura assicurativa integrativa per l'iscritto decorrerà dalla data di adozione della delibera di iscrizione.