

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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 Società, ad eccezione della eventuale franchigia e/o scoperto

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

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

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

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

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 sono considerati familiari ai quali estendere la copertura assicurativa il coniuge purché non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 80; il convivente “more uxorio” fino ad anni 80, come risultante da idonea autocertificazione ai sensi di legge; i figli conviventi con limite di età fissato ad 80 anni e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l’obbligo di mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale; nonché tutti gli altri familiari conviventi

risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

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 diversi dalla polizza copertura sanitaria base stipulata da Cassa Forense.

Day Hospital Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica.

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 le prestazioni non comprese nella polizza collettiva 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 (prestazioni sanitarie) non coperti ed è, quindi, **operante per tutti gli interventi chirurgici e gli eventi morbosi non previsti nella polizza base.**

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

Si precisa che:

- la polizza integrativa opera per le prestazioni sanitarie non coperte dalla polizza base e non sulle eventuali spese non rimborsate in quanto eccedenti il massimale previsto per i grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi;
- i ricoveri per uno degli interventi o una delle patologie elencati negli Allegati “A- ELENCO G.I.” e “B- ELENCO G.E.M.” del piano Base non sono indennizzabili a termini di polizza del Piano Integrativo. Analogamente, tale regola vale anche per le terapie riconosciute alla garanzia “Cure Oncologiche”;
- la polizza integrativa non opera, non solo sulle eventuali spese non rimborsate in quanto eccedenti il massimale previsto per i G.I. o G.E.M, ma anche per le spese che restano a carico dell'assicurato per effetto dell'applicazione dei limiti di indennizzo previsti nel “Piano Base G.I. e G.E.M.”.

La presente copertura assicurativa opera senza soluzione di continuità con la precedente polizza sanitaria integrativa in convenzione con Cassa Forense sottoscritta dagli assicurati per la precedente annualità assicurativa.

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;
- second opinion;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio;
- cure dentarie da infortunio;
- consulenza e assistenza.

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, i superstiti di avvocati titolari di pensione di reversibilità o indiretta, i dipendenti della Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, 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, con limite di età fissato ad 80 anni, 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 da definizioni di polizza, ovvero per il solo titolare, ovvero per il titolare e coniuge/convivente.

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

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per le prestazioni di seguito indicate nelle seguenti modalità:

- **regime di assistenza diretta** - pagamento diretto, con l'applicazione di uno scoperto e/o franchigia così come determinato al successivo art. 5 lett. a) alle strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza in regime di ricovero con o senza intervento chirurgico o day hospital o regime ambulatoriale, previa autorizzazione da parte della centrale operativa della Società;
 - **regime di assistenza indiretta** — rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate o in caso di mancata autorizzazione dell'assistenza diretta, delle sottoelencate spese, sostenute in regime di ricovero con o senza intervento chirurgico o day hospital o regime ambulatoriale, con l'applicazione di uno scoperto e/o franchigia così come determinato al successivo art. 5 lett. b).
- 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 effettuati 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 € 1.500,00 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 in regime di assistenza indiretta e quindi in strutture non convenzionate o nel caso in cui non sia stata attivata l'assistenza diretta; nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società - e quindi in regime di assistenza diretta - non è previsto alcun limite, purché sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa e risulti essere convenzionata oltretutto la struttura anche l'equipe medico chirurgica.

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 in regime di assistenza indiretta e quindi in strutture non convenzionate o nel caso in cui non sia stata attivata l'assistenza diretta; nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società - e quindi in regime di assistenza diretta - non è previsto alcun limite, purché sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa e risulti essere convenzionata oltretutto la struttura anche l'equipe medico chirurgica.

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 previa autorizzazione dell'assistenza diretta da parte della Società.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, ad eccezione di **uno scoperto del 10%**. Il day hospital deve intendersi equiparato al regime di ricovero. **In caso di intervento ambulatoriale** le spese verranno liquidate direttamente dalla Società **ad eccezione di una franchigia di € 500,00.**

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società o in caso di mancata attivazione dell'assistenza diretta.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate **vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con limite di rimborso di € 10.000,00 per ogni ricovero**; le 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 € 500,00.**

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.

Il day hospital deve intendersi equiparato al regime di ricovero.

Nel caso in cui non venga richiesto alcun rimborso per eventi compresi in garanzia a carico della presente polizza potrà essere richiesta **una indennità sostitutiva di ricovero pari ad € 105,00 per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 30 giorni per ricovero.**

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 sottoindicate **nel limite annuo di € 8.000,00 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 con

l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni prestazione/ciclo di terapia purché sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 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 con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, purché sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, le spese sostenute verranno rimborsate con

applicazione di una franchigia pari al 25% ed un minimo non indennizzabile pari ad € 60,00 per visita o accertamento diagnostico.

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

Il massimale annuo corrisponde a **€ 5.000,00 per nucleo familiare**.

Art. 9 - 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. 10 — Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi. Per l'attivazione della garanzia, è richiesto il certificato di pronto soccorso attestante l'infortunio e la relativa prescrizione medica.

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, purché sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, verranno rimborsate tutte le spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%.

La presente garanzia opera nell'ambito del **massimale annuo di € 1.000,00 per assicurato o nucleo familiare**.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Art. 11 - Cure dentarie da infortunio

La Società dovrà liquidare all'Assicurato, in deroga a quanto previsto all'art. 20 "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, purché sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, 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 **€ 2.000,00 per nucleo familiare**.

Art. 12 - Prevenzione odontoiatrica.

In deroga a quanto previsto all'art. 20 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società garantisce, per una sola volta l'anno, una visita di controllo odontoiatrico e ablazione tartaro gratuita in strutture convenzionate; è, 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.

Art. 13 — Massimale.

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

Art. 14 — Premi annui.

I premi annui per il complesso delle prestazioni previste, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono, per le sotto riportate fasce di età, determinate alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, ai seguenti importi:

a) entro i 40 anni di età	€ 768,00
b) da 41 a 60 anni di età	€ 1.152,00
c) da 61 a 70 anni di età	€ 1.800,00
d) da 71 a 80 anni di età	€ 2.400,00

Si precisa che alla copertura assicurativa integrativa può aderire solo l'iscritto, ovvero l'iscritto ed il coniuge/convivente, ovvero l'iscritto e tutti i familiari assicurabili, purché abbiano aderito anche al Piano Base.

Art. 15 — 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 (1° ottobre di ciascuna annualità per gli assicurati alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, alla data di delibera provvedimento di iscrizione alla Cassa per gli iscritti in corso di annualità assicurativa) per gli infortuni;
- del 120° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1° ottobre di ciascuna annualità per gli assicurati alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, alla data di delibera provvedimento di iscrizione alla Cassa per gli iscritti in corso di annualità assicurativa) per le malattie;
- del 120° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1° ottobre di ciascuna annualità per gli assicurati alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, alla data di delibera provvedimento di iscrizione alla Cassa per gli iscritti in corso di annualità assicurativa) per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1° ottobre di ciascuna annualità per gli assicurati alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, alla data di delibera provvedimento di iscrizione alla Cassa per gli iscritti in corso di annualità assicurativa) per il parto e le malattie da puerperio;

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

Art. 16 — 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. 17 — Foro competente.

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

Art. 18 — Altre assicurazioni.

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

Art. 19 — 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. 20 — 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. 21 — 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 successiva 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. 22 — 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. 23 - Commissione paritetica.

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

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. La Commissione si riunirà con cadenza periodica in modo da poter riscontrare le richieste degli assicurati.

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

Art. 24 — Nuovi iscritti in corso d'anno.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento di iscrizione/delibera intervenuto 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 del provvedimento/delibera di iscrizione stesso, previo versamento del 100% dei premi, nella misura stabilita all'art. 14. La validità della copertura assicurativa integrativa, per iscritto e familiari, decorrerà dalla data di adozione del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento/delibera di iscrizione intervenuto nel secondo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno aderire, esclusivamente per sé stessi, alla garanzia assicurativa della Polizza Integrativa entro i 60 giorni successivi alla data del provvedimento/delibera di iscrizione stesso, previo versamento del 50% del premio, nella misura stabilita all'art. 14. La validità della copertura assicurativa integrativa per l'iscritto decorrerà dalla data di adozione del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa.