

**CONDIZIONI  
POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA  
“A”**

**PREMESSA: I PIANI INTEGRATIVI A e B SONO TRA LORO ALTERNATIVI**

**Piano Copertura Assicurativa Integrativa “A”**

**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 diversi dalla polizza copertura sanitaria base 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 le prestazioni non comprese nella polizza collettiva per copertura sanitaria base, 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 garanzia della polizza per copertura sanitaria base ad ulteriori prestazioni sanitarie da questa non coperte.

Si precisa che la polizza integrativa opera per le prestazioni sanitarie non coperte dalla polizza base e non per le eventuali spese non rimborsate in quanto eccedenti il massimale previsto per i grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi.

Rientrano tra le prestazioni sanitarie non coperte anche quelle prestazioni connesse al grande intervento chirurgico o grave evento morboso ma non liquidabili (per esaurimento del massimale, superamento limiti temporali pre e post ricovero) a termini di polizza base.

La presente copertura assicurativa opera senza soluzione di continuità con le precedenti polizze sanitarie integrative in convenzione con Cassa Forense sottoscritte dagli assicurati per le precedenti annualità assicurative.

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;
- cure dentarie da infortunio;
- 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, i superstiti di avvocati titolari di pensione di reversibilità o indiretta ed i dipendenti della Cassa, con limite di età fissato a 85 anni sia per i sopraindicati assicurati che per i loro familiari, già in copertura con la polizza per copertura sanitaria base.

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 ai 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.

Qualora il titolare intenda estendere la copertura integrativa al nucleo familiare, i relativi componenti beneficeranno della medesima copertura scelta dal titolare.

### **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 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, 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 € 500,00 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. In caso di Intervento Chirurgico ambulatoriale le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate tranne una franchigia di € 500,00 che verrà versata dall’Assicurato alla struttura al momento dell’effettuazione della prestazione.

**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 20%**, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 10.000,00 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 10%**, 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.

#### **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 € **10.000,00** 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.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute verranno rimborsate con applicazione di una franchigia pari al 30% ed un minimo non indennizzabile pari ad € 80,00 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 - Cure dentarie da infortunio**

La Società dovrà liquidare all'Assicurato, in deroga a quanto previsto all'art. 19 "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 € 2.000,00 per nucleo familiare.

#### **Art. 11 – Prevenzione odontoiatrica.**

In deroga a quanto previsto all'art. 19 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società garantisce, per una sola volta l'anno, una visita di controllo odontoiatrico e ablazione del tartaro gratuita in strutture convenzionate con la Società; 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. 12 – Massimale.**

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

**Art. 13 –Premi annui.**

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono, per le sotto riportate fasce di età, ai seguenti importi:

a) entro i 40 anni di età	€ 441,60
b) da 41 a 60 anni di età	€ 625,60
c) da 61 a 70 anni di età	€ 1.104,00
d) da 71 a 85 anni di età	€ 1.472,00

**I premi sono da intendersi per persona.**

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.

**Art. 14 – 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 aprile di ciascuna annualità) per gli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) 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. 15 – 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. 16 – Foro competente.**

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

#### **Art. 17 – Altre assicurazioni.**

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

#### **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 – 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. 20 – Limiti di età.**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'85° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento dell'86° 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'86° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

#### **Art. 21 – Durata dell'assicurazione.**

La durata dell'assicurazione è correlata a quella della polizza per copertura sanitaria base a cui è indissolubilmente connessa.

#### **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 – 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 da parte della Giunta Esecutiva, previo versamento del 100% dei premi, nella misura stabilita all'art. 13. La validità della copertura assicurativa integrativa, per iscritto e familiari, decorrerà dalla data di iscrizione all'Albo (con data di effetto della copertura comunque non antecedente alla data di decorrenza del presente contratto) purché la comunicazione alla Cassa dell'avvenuta iscrizione all'Albo sia intervenuta nei 60 giorni successivi a cura del Consiglio dell'Ordine o del professionista stesso.

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. 13. La validità della copertura assicurativa integrativa per l'iscritto decorrerà dalla data di iscrizione all'Albo (con data di effetto della copertura comunque non antecedente alla data di decorrenza del presente contratto) purché la comunicazione alla Cassa dell'avvenuta iscrizione all'Albo sia intervenuta nei 60 giorni successivi a cura del Consiglio dell'Ordine o del professionista stesso.