

CAPITOLATO SPECIALE

STAZIONE APPALTANTE

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

OGGETTO DELL'APPALTO

1. Polizza per copertura Sanitaria base a carico Cassa Forense per circa 230.000 titolari (Avvocati e Praticanti iscritti a Cassa Forense e dipendenti di Cassa Forense). Per quanto riguarda gli Avvocati ed i Praticanti iscritti a Cassa Forense, ai fini della copertura assicurativa, è necessario essere in possesso della regolarità dichiarativa per il decennio anteriore l'indizione della procedura di gara, come stabilito all'art. 8 comma 1 del Regolamento dell'Assistenza.

2. Possono beneficiare come titolari della Polizza per copertura Sanitaria base, con onere a loro carico:

- a) i pensionati della Cassa Forense non più iscritti, con limite di età fissato ad 80 anni;
- b) i superstiti di avvocato, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, con limite di età fissato a 80 anni;
- c) i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, con limite di età fissato ad 80 anni.

3. I titolari della Polizza per copertura Sanitaria base possono estendere, con onere a loro carico, la copertura assicurativa in favore dei 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 del 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.

4. Convenzione per Polizza per copertura Sanitaria Integrativa per la garanzia assicurativa dei rischi indicati in capitolato, con onere a carico dei titolari, nonché in favore dei 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 con funzione di helpdesk per gli assicurati e per l'attivazione della garanzia in forma diretta, con almeno cinque 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 8 operatori per turno di lavoro;
 - III. Servizio di prenotazione delle prestazioni assicurate o tramite centrale operativa oppure attraverso i servizi web e app.
- b) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione un sistema telematico di gestione e liquidazione centralizzata dei sinistri, sia per l'assistenza diretta che in forma rimborsuale, come meglio specificato nel presente capitolato.
- 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, come meglio specificato nel presente capitolato;
- 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, come meglio specificato nel presente capitolato.
- e) in aggiunta a quanto sopra si obblighi a trasmettere a Cassa Forense/Broker, il tracciato completo delle adesioni/estensioni in formato excel, completo di: nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, ruolo (titolare, familiare, pensionato, ecc.), piano sottoscritto, premio pagato, come meglio specificato nel presente capitolato;
- f) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione degli iscritti a Cassa Forense e di coloro che hanno aderito volontariamente alle coperture assicurative tutta la propria intera rete di strutture e medici convenzionati, senza alcuna possibilità di esclusione;
- g) garantisca, ai fini della partecipazione alla procedura di gara, la presenza di tutte le strutture convenzionate autorizzate al ricovero in almeno 15 (quindici) Regioni d'Italia e di almeno 15 I.R.C.C.S. sul territorio italiano
- h) si obblighi a fornire a Cassa Forense/Broker il data base dei sinistri così meglio specificato all'art. 11 Modalità di trasmissione dei dati.
- i) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere l'elenco delle strutture autorizzate al ricovero, compresi gli I.R.C.C.S., e a comunicare nel corso di valenza del contratto, ogni variazione del suddetto elenco.

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 sulla base dei seguenti criteri applicati complessivamente al lotto unico:

CRITERIO	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa	20
Merito Tecnico Copertura Base	60
Merito Tecnico Copertura Assicurativa Integrativa	20
TOTALE	100

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, 4.

Tabelle Elementi di Valutazione

Tabella 1

Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa (punteggio massimo: 20)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none">• 1.1) Prezzo Copertura per Titolari con onere a carico Cassa Forense (riferito ad una intera annualità assicurativa).	16
<ul style="list-style-type: none">• 1.2) Offerta Copertura - indicando un'unica percentuale di ribasso che sarà applicata ai premi specificati nei documenti di gara - per Pensionati della Cassa non iscritti, superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità), i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza e familiari dei titolari 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 con limite di età fissato ad 80 anni 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.	2
<ul style="list-style-type: none">• 1.3) Offerta Copertura Assicurativa Integrativa (riferito ad una intera annualità assicurativa) indicando un'unica percentuale di ribasso che sarà applicata ai premi specificati nelle condizioni del Piano Integrativo	2

Specifica dei parametri evidenziati alla Tabella 1 (Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa), punti 1.1), nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

il punteggio complessivo relativo l’offerta economica per il punto 1.1) si otterrà in ragione del seguente criterio:

- sub-punteggio massimo di 16 punti attribuito all’offerta economica 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 sarà troncato alla terza cifra decimale:

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

Specifica dei parametri evidenziati nella Tabella 1 (Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa), punto 1.2), nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”.

Sub 1.2) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 2 punti per la copertura per Pensionati della Cassa non iscritti, superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità), i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza e familiari dei titolari 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 con limite di età fissato ad 80 anni 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, verrà attribuito all’offerta economica 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 sarà troncato alla terza cifra decimale:

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

Specifica dei parametri evidenziati nella Tabella 1 (Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa), punto 1.3, nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

Sub 1.3) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 2 punti per la copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito all’offerta economica 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 sarà troncato alla terza cifra decimale:

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

Cosicché il concorrente che offrirà il ribasso più alto (per i punti 1.2 e 1.3) otterrà il punteggio massimo e gli altri un punteggio secondo la relativa formula matematica.

Tabella 2

Merito Tecnico Copertura Base (punteggio massimo: 60)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none">• 2.1) Valutazione indice reclami IVASS	3
<ul style="list-style-type: none">• 2.2) Valutazione Solvency Ratio	3
<ul style="list-style-type: none">• 2.3) Efficacia e qualità della metodologia nella gestione dei sinistri in convenzionamento diretto ed a rimborso nonché della gestione delle adesioni volontarie.	15
<ul style="list-style-type: none">• 2.4) Incremento dell'importo della diaria di ricovero (indennità sostitutiva) nel caso in cui non venga chiesto alcun rimborso per eventi compresi nella Copertura di Base	6
<ul style="list-style-type: none">• 2.5) Numero operatori call-center	6
<ul style="list-style-type: none">• 2.6) Personale medico dipendente e/o consulente	4
<ul style="list-style-type: none">• 2.7) Numero complessivo di convenzioni con strutture sanitarie autorizzate al ricovero distribuite sul territorio nazionale	8
<ul style="list-style-type: none">• 2.8) Numero complessivo di convenzioni con I.R.C.C.S. autorizzati al ricovero distribuiti sul territorio nazionale	7
<ul style="list-style-type: none">• 2.9) Inserimento nella copertura base della garanzia: Follow up	7
<ul style="list-style-type: none">• 2.10) Possesso della certificazione della parità di genere di cui all'art. 46-bis del DLgs n. 198/2006	1

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

Sub. 2.1) Il punteggio verrà attribuito in relazione all’indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso RC auto, con riferimento all’anno 2022 (link: <https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/reportistica-reclami/2022-anno/index.html>, All. 2.b - Dati per singola impresa con evidenza delle aree di attività tavola reclami/contratti - Rami danni escl. r.c. auto, con la seguente formula:

$R = 3 \times N_{\min}/N$ dove:

N = indice presente sul sito IVASS relativo all’offerente;

N_{min} = indice più basso delle Compagnie offerenti;

R = punteggio attribuito.

In caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese ed in caso di Coassicurazione, la valutazione verrà limitata soltanto alla Società Mandataria o Società Delegataria. Il punteggio di cui sopra sarà troncato alla terza cifra decimale.

Sub. 2.2) Il punteggio verrà attribuito in relazione all’indice Solvency 2022 desumibile dai bilanci delle Compagnie con la seguente formula:

$R = 3 \times N/N_{\max}$ dove:

N = indice presente nel bilancio della compagnia offerente;

N_{max} = indice più alto delle Compagnie offerenti;

R = punteggio attribuito.

In caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese ed in caso di Coassicurazione, la valutazione verrà limitata soltanto alla Società Mandataria o Società Delegataria. Il punteggio di cui sopra sarà troncato alla terza cifra decimale.

Sub 2.3) Alla relazione tecnica relativa all’efficacia e qualità della metodologia nella gestione dei sinistri in convenzionamento diretto ed a rimborso, nonché all’efficacia ed alla metodologia della raccolta delle adesioni volontarie, verrà attribuito un punteggio massimo di **15 punti** sulla base della valutazione della Commissione giudicatrice. La relazione tecnica dovrà essere redatta entro un massimo di tre pagine in formato A4 con un massimo di 40 righe per ciascuna che descriva le modalità operative che il concorrente intende proporre alla stazione appaltante (e di cui la stessa potrà avvalersi) per la corretta esecuzione, con riferimento alla gestione dei sinistri sia in forma diretta che in forma rimborsuale ed alla gestione delle adesioni volontarie. Il concorrente dovrà descrivere le metodologie di esecuzione offerte (in termini sia

organizzative che temporali), finalizzate a garantire il migliore accesso alle prestazioni ed elevati standard di servizio anche per la raccolta delle adesioni, tali anche da intervenire su eventuali criticità operative collegate alle attuali forme di gestione.

Il punteggio sarà calcolato mediante un coefficiente variabile tra 0 e 1 assegnato discrezionalmente dai singoli commissari tramite attribuzione di un giudizio, così come indicato nella tabella seguente:

Giudizio sintetico	Coefficiente di prestazione	
Ottimo	1	le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo eccellente
Buono	0,8	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo più che adeguato
Sufficiente	0,6	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo sufficiente
Insufficiente	0,4	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo insufficiente
Scarso	0,2	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo scarsamente adeguato
Gravemente insufficiente	0	Le condizioni offerte non corrispondono per nulla alle necessità dei servizi

Quindi la Commissione giudicatrice calcolerà la media dei coefficienti assegnati dai singoli Commissari al concorrente per l'elemento di valutazione 2.3 (discrezionale). Tale media sarà moltiplicata per il punteggio massimo disponibile pari a 15 punti.

Riparametrazione: Una volta terminata la già menzionata procedura di attribuzione dei coefficienti, qualora nessun concorrente ottenga il punteggio massimo di 15, si procederà a trasformare la media dei coefficienti attribuiti all'elemento di valutazione discrezionale 2.3 dell'offerta da parte di tutti i commissari in coefficienti definitivi, riportando ad uno la media più alta e proporzionando a tale media massima le medie provvisorie prima calcolate. Si specifica che la riparametrazione sarà effettuata esclusivamente sull'elemento di valutazione discrezionale 2.3.

Il punteggio dell'elemento di valutazione 2.3 sarà troncato alla terza cifra decimale.

Sub 2.4) viene attribuito, **per ogni incremento di € 5,00** dell'importo della diaria di ricovero giornaliera (indennità sostitutiva) già prevista (€ 105,00 per grande intervento chirurgico, € 80,00 per grave evento morboso) il valore **di 1 punto**, fino ad un massimo di **6 punti**.

Sub 2.5) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di **6 punti** è attribuito in base al numero di operatori componenti la centrale operativa/help desk. Viene attribuito il valore di 2 punti da 50 a 100 operatori; 4 punti da 101 a 250 operatori; 6 punti oltre 250 operatori.

Sub 2.6) il sub-punteggio stabilito fino a un **massimo di 4 punti** è attribuito in base al numero del personale medico dipendente e/o consulente. Viene attribuito il valore di 2 punti da 4 sino a 9 medici dipendenti e/o consulenti; 4 punti oltre i 9 medici dipendenti e/o consulenti.

Sub 2.7) il sub-punteggio stabilito fino ad un **massimo di 8 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 3 punti fino a 250 strutture; 6 punti da 251 a 350 strutture; 8 punti oltre 350 strutture.

Sub 2.8) il sub-punteggio stabilito fino ad un **massimo di 7 punti** viene attribuito in base al numero di I.R.C.C.S. 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 2 punti da 16 sino a 20 I.R.C.C.S.; 4 punti da 21 a 30 I.R.C.C.S.; 7 punti oltre 30 I.R.C.C.S..

Sub. 2.9) verranno riconosciuti **7 punti** per l'introduzione della garanzia **Follow up**, attraverso la quale la Società mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare esami ematici, visite mediche specifiche, esami di radiodiagnostica per fini di controllo effettuati nei 5 anni successivi alla diagnosi di una neoplasia maligna.

Le prestazioni, rese in assistenza diretta – vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati e previa autorizzazione della Centrale Operativa - vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture ed ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 500,00 per assicurato e per anno assicurativo.

Ai fini dell'autorizzazione l'Assicurato è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- Impegnativa (ricettario) del medico di medicina generale riportante l'esenzione 048 nell'apposito spazio,

oppure:

- Impegnativa del medico specialista oncologo (ricetta bianca) accompagnata da fotocopia del tesserino di esenzione ticket 048 con evidenziata la data di decorrenza.

Sub. 2.10) verrà riconosciuto **1 punto** nel caso in cui la Società attesti il possesso della certificazione della parità di genere di cui all'art. 46-bis del DLgs n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità), secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con il Comunicato del Presidente del 30/11/2022.

Tabella 3

Merito Tecnico Copertura Assicurativa Integrativa (punteggio massimo: 20)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none">• 3.1) Incremento importi massimali per prestazioni di alta diagnostica (art. 7)	8
<ul style="list-style-type: none">• 3.2) Incremento importi massimali per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (art. 8)	6
<ul style="list-style-type: none">• 3.3) Riduzione della franchigia sia in assistenza diretta che indiretta per le prestazioni di alta diagnostica e per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (artt. 7 e 8)	6

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

Sub 3.1) per l’incremento di € 1.500,00 dei limiti di massimale annuo relativi alle prestazioni di alta specializzazione, di cui all’art. 7 della copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito il punteggio di 8 punti.

Sub 3.2) per l’incremento di € 1.500,00 dei limiti di massimale annuo relativi alle visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, di cui all’art. 8 della copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito il punteggio di 6 punti.

Sub 3.3) verranno riconosciuti 3 punti per ogni riduzione di € 10,00 della franchigia prevista sia in assistenza diretta che indiretta per le prestazioni di alta diagnostica e per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (artt. 7 e 8), fino ad un massimo di 6 punti.

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 e dipendenti di Cassa Forense (titolari di polizza).

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

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

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

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

Capacità lavorativa generica si intende la potenziale attitudine di un soggetto a svolgere un'attività lavorativa.

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

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

Contraente Cassa Forense in qualità di parte stipulante nel contratto di assicurazione in favore di terzi e che rimane estranea all'eventuale contenzioso relativo alle richieste di indennizzo e/o comunque applicazioni della Polizza.

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.

Data Evento Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche, eventualmente, non più in vigenza di copertura) liquidabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

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

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

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

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

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

Indennizzo somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

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

Istituti di cura convenzionati Strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

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

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

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

Polizza documento che prova l'assicurazione.

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

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

Rischio probabilità che si verifichi un sinistro.

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

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

Società 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 nella presente polizza; gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del c.c..

La presente copertura opera senza soluzione di continuità con le precedenti polizze assicurative sottoscritte in convenzione da Cassa Forense in favore dei titolari, fin dalla data di prima copertura, nonché per le eventuali estensioni/adesioni della garanzia assicurativa perfezionate, di annualità in annualità, in favore/da parte degli ulteriori soggetti assicurabili.

Art. 2 – Soggetti.

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

- degli iscritti a Cassa Forense in possesso della regolarità dichiarativa per il decennio anteriore l'indizione della procedura di gara, come stabilito all'art. 8 comma 1 del Regolamento dell'Assistenza;
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Cassa Forense, purchè iscritti ed in possesso della regolarità dichiarativa per il decennio anteriore l'indizione della procedura di gara, come stabilito all'art. 8 comma 1 del Regolamento dell'Assistenza;
- dei dipendenti di Cassa Forense; il Concorrente, sia in forma individuale sia in forma associata (RTI, consorzio, GEIE) dovrà garantire la disponibilità limitatamente ai dipendenti per l'intera durata contrattuale, di una Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario che – sulla base della normativa in vigore e di quella che dovesse successivamente intervenire – abbia finalità assistenziale e sia abilitata a norma di legge a ricevere i contributi in riferimento alle attività e alle prestazioni oggetto di contratto per la copertura dei dipendenti della Cassa Forense e risulti idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso delle spese mediche, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del D.P.R. n. 917/1986 e s.m.i.; detta Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario dovrà, peraltro, risultare iscritta all'anagrafe dei Fondi Sanitari ai sensi del Decreto del Ministero del Lavoro del 27 ottobre 2009 (c.d. "Decreto Sacconi"). La Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario non deve essere passibile delle clausole di esclusione previste dagli artt. 94 e s.s. del Codice degli appalti. L'individuazione della Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario, con l'impegno del Concorrente a garantire la disponibilità di cui sopra, dovrà essere effettuata dal concorrente pena l'esclusione, in sede di offerta (tale previsione trova applicazione per la copertura dei dipendenti della Cassa Forense).

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

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

Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.

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

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

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

Esclusione di iscritti in corso d'anno.

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

Art. 3 – Ammontare e pagamento del premio.

Il premio annuale sarà versato dalla Cassa Forense, esclusivamente per i titolari, in 4 rate trimestrali anticipate, con conguagli semestrali per gli iscritti in corso d'anno. Il premio/contributo annuo previsto per ciascun titolare si stabilisce presuntivamente in Euro **130,00 (Euro centotrenta/00)** comprensivo di oneri e tasse, per un totale indicativamente di Euro 29.900.000,00 per ciascuna annualità, a fronte di circa 230.000 titolari, e per un totale per il triennio indicativamente di Euro 89.700.000,00. Il contributo annuale per i Dipendenti della Cassa Forense verrà versato dalla stessa alla Cassa di Assistenza Sanitaria in 4 rate trimestrali anticipate con conguagli semestrali per i dipendenti assunti in corso d'anno. Il contributo annuo previsto per ciascun dipendente della Cassa Forense si stabilisce presuntivamente in € 130,00 comprensivo di oneri e tasse per un totale di € 35.100,00 a fronte di circa n. 270 dipendenti.

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

Relativamente alla facoltà di adesione/estensione della Polizza copertura sanitaria base, con onere a proprio carico, gli iscritti, i pensionati della Cassa Forense non iscritti, i superstiti (titolari di pensione indiretta e di reversibilità e nei limiti delle prestazioni previste per i familiari a carico), i dipendenti della Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza dovranno versare un premio/contributo annuo previsto per ciascun assicurato sulla base delle seguenti fasce di età, determinate alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa:

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

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

Art. 4 - Durata contrattuale e recesso.

La polizza ha durata biennale con cadenza della copertura assicurativa annuale. La polizza decorre dalle ore 00,00 del 01 ottobre 2024 con scadenza alle ore 24,00 del 30 settembre 2026.

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.

Sarà facoltà di Cassa Forense proporre, entro sei mesi dalla scadenza, il prolungamento dei termini del presente affidamento per un'ulteriore annualità assicurativa. La Società avrà facoltà di rifiutare la richiesta con atto di diniego che dovrà pervenire a Cassa Forense entro 30 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Art. 5 – Modifiche dell'assicurazione.

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

Art. 6 – Oneri fiscali.

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

Art. 7 – Foro competente.

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

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

Cassa Forense non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'assicurato e alla 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 del titolare il massimale resta unico ed è pari ad € 260.000,00 per l'intero nucleo familiare.

Art. 11 - Modalità trasmissione dati

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

La Società raccoglie:

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

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

La Società si impegna altresì:

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

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

La Società si impegna

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

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

Art. 12 - Spese

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

La predisposizione del materiale informativo dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stipula del contratto affinché i titolari possano esercitare eventualmente l'estensione della copertura assicurativa ai familiari. Tutte le relative eventuali spese sono interamente a carico della Società. Tali impegni riguardano anche il Piano individuale integrativo ad adesione. Non sono previsti né la stampa né l'invio cartaceo delle brochure da parte della società aggiudicataria.

Art. 13 –Criteri di utilizzo

La copertura può essere attivata secondo le seguenti modalità:

- a) assistenza diretta, con utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con la Compagnia e previa richiesta di preliminare attivazione alla Compagnia stessa. è previsto il pagamento diretto delle spese da parte dell'Assicuratore alle strutture, fatta eccezione per eventuali franchigie o scoperti a carico dell'assicurato indicati alle singole garanzie;
- b) assistenza indiretta con utilizzo di strutture sanitarie o medici non convenzionati con la Compagnia o nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate o medici convenzionati con cui non è stata attivata preventivamente l'assistenza diretta è previsto il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni erogate con l'applicazione di franchigie o scoperti indicati alle singole garanzie. Per la richiesta di rimborso occorre

trasmettere l'apposito modulo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica completa, comprensiva dei relativi accertamenti, e da copia della documentazione di spesa.

c) Assistenza nel S.S.N. rimborso degli eventuali ticket sostenuti o nel caso in cui non venga chiesto alcun pagamento diretto o rimborso per eventi compresi nella Polizza copertura sanitaria base, laddove indicato alle singole garanzie, sarà riconosciuta una indennità sostitutiva.

La Compagnia si obbliga a liquidare i sinistri entro 30 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 e dipendenti di Cassa Forense, titolari della Polizza copertura sanitaria base, non è previsto alcun limite di età.

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

Art. 15 – Operatività delle garanzie

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

- la copertura relativa ai “Grandi Interventi Chirurgici” (Allegato A comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza della polizza, diagnosticate o meno. Si precisa, altresì, che rientrano in garanzia di copertura assicurativa anche i Grandi Interventi Chirurgici che nel corso del tempo hanno subito e subiranno, alla luce delle nuove tecnologie disponibili, nuove procedure e/o metodi;

- la copertura relativa ai “Gravi Eventi Morbosi (Allegato B)” comprende tutte le malattie diagnosticate per la prima volta in data successiva a quella di decorrenza della Polizza messa a disposizione da Cassa Forense, anche se le patologie siano insorte precedentemente alla data di decorrenza della polizza. Ai fini dell'operatività della garanzia, l'assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo e, comunque, la patologia deve aver comportato la riduzione della capacità lavorativa generica pari o

superiore al 66% della totale comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Società.

Art. 16 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti (tale esclusione non è operativa per i Grandi Interventi previsti di chirurgia pediatrica presenti nell'Allegato A –Grandi Interventi Chirurgici);
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto volontario/non a fini terapeutici e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle 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. 24 "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;
- n) per gli assicurati affetti da tossicodipendenza, sindrome da HIV, alcolismo è esclusa l'operatività della garanzia con riferimento a malattie e/o infortuni correlati a tali stati patologici.

Art. 17 – Estensione territoriale

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

Art. 18 – Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 19 – Gestione della Polizza

Oltre a quanto previsto all'Art. 11 Modalità di trasmissione dei dati, la Compagnia si obbliga a comunicare con cadenza trimestrale a Cassa Forense/Broker, attraverso supporto elettronico tramite la compilazione e la trasmissione dell'apposito modulo che si allega al presente capitolato con la **lettera D** che costituisce parte integrante del contratto stesso, le statistiche comprensive del rapporto sinistri/premi e stime di chiusura (di ciascun periodo assicurativo, dalla data di inizio della copertura a quella di termine del trimestre di elaborazione), suddivise tra piano base e piano integrativo e per categoria di assicurati, riepilogative dei sinistri diretti ed indiretti (con evidenza di quelli effettuati anche presso il SSN), liquidati riservati e rigettati, suddivisi in base alle tipologie di garanzia, con indicazione del numero dei sinistri per ciascuna delle garanzie oltre che dell'importo richiesto, pagato e riservato (relative e ai suddetti sinistri, prestazioni e sotto prestazioni). La comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il quindicesimo giorno dalla fine del trimestre cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto. Si obbliga, inoltre, a comunicare con cadenza semestrale a Cassa Forense il contenzioso intercorso con gli assicurati con decisione passata in giudicato, unitamente all'esito della decisione stessa, con indicazione del numero ed anno della decisione e del numero di iscrizione al ruolo generale. La comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il trentesimo giorno dalla fine del semestre cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto. Cassa Forense si riserva il diritto di procedere ad accertamenti e verifiche, anche a campione. Unitamente alle statistiche, la Compagnia si impegna a trasmettere una breve relazione esplicativa dei dati forniti, della metodologia seguita per la gestione dei sinistri, dell'andamento delle frequenze e del piano sanitario.

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

La Compagnia inoltre:

- a) fornisce a Cassa Forense le motivazioni delle reiezioni affinché possa verificarne l'effettiva correttezza;

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

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

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

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

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

Art. 20 – Rinuncia al recesso dal contratto

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

Art. 21 – 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. 22 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 23 – 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. 24 - RISCHI ASSICURATI

Art. 24.1 - Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (ALLEGATO A).

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

- regime di assistenza diretta - pagamento diretto alle strutture medico-sanitarie convenzionate e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza previa autorizzazione della Compagnia, con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni ricovero per Grande Intervento Chirurgico (Allegato A). Nel caso delle prestazioni indicate alla lettera M dell'Allegato A, lo scoperto del 10% verrà applicato per ogni ciclo di terapia;
- regime di assistenza indiretta – rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate o in caso di mancata richiesta di autorizzazione all'attivazione dell'assistenza diretta alla Compagnia, delle sottoelencate spese, dovute a ricovero per grande intervento chirurgico indicato nell'allegato A delle condizioni di polizza con applicazione di uno scoperto del 20% con limite massimo di rimborso di € 10.000,00 per ogni ricovero per Grande Intervento Chirurgico (Allegato A). Nel caso delle prestazioni indicate alla lettera M dell'Allegato A, lo scoperto del 20% ed il limite massimo di rimborso di € 10.000,00 sarà applicato per ogni ciclo di terapia.
- Regime di assistenza in SSN - nel caso in cui non venga chiesto alcun pagamento diretto o rimborso sarà riconosciuta un'indennità sostitutiva per un importo pari ad euro 105,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 30 giorni.

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

- a) Per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) Per diritti di sala operatoria;
- c) Per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) Per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) Per rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
- f) Per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi. In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato. Le spese di cui al presente punto verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie;
- g) Per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di euro 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni, coincidenti con il periodo di ricovero dell'Assicurato;
- h) Per spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro 2.600,00 massimo per anno;
- i) Per viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro 4.000,00 per anno assicurativo per ricoveri in Stati della UE ed euro 8.000,00 per anno assicurativo per ricoveri nel resto del mondo; il trasporto è rimborsabile se effettuato con:
- Aereo sanitario (aereo/ambulanza 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 (carta carburante, spese di noleggio e taxi), da documentare, non potrà essere superiore all'importo del biglietto ferroviario di prima classe.

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

j) Per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.200,00 per persona e nucleo familiare;

k) Per costi di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.000,00 in caso di decesso all'estero;

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 in assistenza indiretta che verrà adottato dalla Compagnia sarà quello di considerare quale limite di rimborso € 10.000,00, incrementato di € 5.000,00 per ogni ulteriore grande intervento effettuato nel medesimo atto operatorio.

Qualora, invece, l'assicurato subisca due o più Grandi Interventi Chirurgici in due distinti atti operatori, sebbene effettuati durante lo stesso ricovero, la Società erogherà gli importi di rimborso dei due Grandi Interventi considerando i relativi limiti di massimale al 100%.

Art. 24.2 - Gravi Eventi Morbosi (ALLEGATO B).

Trattasi di eventi morbosi che determinano un ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare alla condizione che, anche se insorti precedentemente alla data di decorrenza della polizza, siano stati diagnosticati per la prima volta in costanza di assicurazione messa a disposizione da Cassa Forense in favore di tutti gli iscritti con le diverse Compagnie che, nel corso degli anni, si sono susseguite nella gestione della copertura assicurativa a decorrere dalla data di copertura dell'assicurato, comunque non antecedente al 1 aprile 2001 comportino una riduzione permanente della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66% della totale comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Società. Ai fini dell'operatività della garanzia, l'assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo.

Art. 24.2.1 - Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

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

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

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

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

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

Sono comprese anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g), i), j), k) riportati nell'art. 24.1.

Art. 24.2.2 - 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. 24.1.

Art. 25 - 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. 26 – Prevenzione

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

- per tutti, Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, LDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale (PTT), Tempo di protrombina (PT), VES, Urine, Elettrocardiogramma;
- oltre i 50 anni di età:

per gli uomini, Ricerca sangue occulto feci, Radiografia polmonare, Ecodoppler TSA, PSA (specifico antigene prostatico);

per le donne, Ricerca sangue occulto feci, Radiografia polmonare, Ecodoppler TSA, Mammografia e Ecografia mammaria.

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

Le prestazioni sopra indicate dovranno essere autorizzate dalla Centrale Operativa in un'unica soluzione e potranno essere eseguite in momenti diversi.

Possono beneficiare di tale prestazione esclusivamente i titolari di polizza (iscritti alla Cassa e dipendenti di Cassa Forense). Non possono beneficiare della prevenzione di cui al presente articolo i familiari dei

Titolari ai quali è stata estesa la Polizza Sanitaria Base, né coloro che hanno aderito con premio a loro carico alla polizza stessa ed i loro familiari.

Art. 27 – Termini di aspettativa

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

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

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

Art. 28 - 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;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

Servizi di assistenza

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica e tramite video consulto urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri

medici le informazioni e i consigli richiesti, anche di natura psicologica limitatamente alle patologie oggetto della copertura.

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

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

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

g) Trasferimento in centro medico specializzato

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

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

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

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

All'estero

h) Viaggio di un familiare all'estero

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

i) Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

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

ALLEGATO 'A' - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

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

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

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

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

amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;

disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;

disarticolazione dell'anca;

amputazione addomino-pelvica;

reimpianto di arti staccati.

D. Interventi di neurochirurgia per:

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

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

E. Interventi di cardiocirurgia per:

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

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

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

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare
- 5) Laringectomia totale,
- 6) laringofaringectomia.

H. Interventi di chirurgia generale per:

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

- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione;
- 26) interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva.

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovesicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

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

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;

- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococcosi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo,
- 9) asportazione totale del timo.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

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

M. terapie radianti e chemioterapiche

ALLEGATO "B"

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

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

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, 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 la Compagnia Assicuratrice aggiudicataria.

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 purchè 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.

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;
- 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, 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 Compagnia;
- 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 Compagnia - e quindi in regime di assistenza diretta - non è previsto alcun limite, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa e risulti essere convenzionata oltrechè 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 Compagnia - e quindi in regime di assistenza diretta - non è previsto alcun limite, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa e risulti essere convenzionata oltrechè 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 Compagnia.

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.

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 € 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 purchè 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, purchè 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, purchè 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. 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, purchè 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 sottoriportate 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, purchè 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.