

CAPITOLATO DI GARA

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZI DI
COPERTURA DELLE SPESE SANITARIE PER GLI ISCRITTI DELLA
CASSA ITALIANA DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA DEI GEOMETRI
LIBERI PROFESSIONISTI**

CODICE IDENTIFICATIVO GARA (C.I.G.): BCEA496373

Sommario

CONTESTO DI RIFERIMENTO	9
OGGETTO DELLA POLIZZA	10
1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	11
ART. 1.1 – DURATA DEL CONTRATTO.....	11
ART. 1.2 – MODIFICHE	11
ART. 1.3 – EFFETTO DELLA COPERTURA	11
ART. 1.4 – ASSICURATI	11
1. <i>Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario</i>	<i>11</i>
2. <i>Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario.....</i>	<i>12</i>
ART. 1.5 – LIMITI DI ETÀ.....	13
ART. 1.6 – NUCLEO FAMILIARE	13
ART. 1.7 – COMUNICAZIONE DELLE ANAGRAFICHE	13
ART. 1.8 – VARIAZIONI IN CORSO D’ANNO DEGLI ASSICURATI.....	13
ART. 1.9 – PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO	14
ART. 1.10 – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA	15
ART. 1.11 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	15
ART. 1.12 – ESTENSIONE TERRITORIALE	15
ART. 1.13 – RISCHI ESCLUSI	16
ART. 1.14 – ONERI FISCALI	17
ART. 1.15 – ALTRE ASSICURAZIONI	17
ART. 1.16 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI	17
ART. 1.17 – ONERI A CARICO DELL’ASSICURATORE	17
ART. 1.18 – MODALITÀ TRASMISSIONE ANAGRAFICHE E DATI	17
A) MODALITÀ TRASMISSIONE ANAGRAFICHE E ADESIONI	17
B) MODALITÀ TRASMISSIONE DATI ANDAMENTO SINISTRI	18
ART. 1.19 – DIMINUIZIONE DI RISCHIO.....	19
ART. 1.20 – RINUNCIA AL RECESSO DAL CONTRATTO	19
ART. 1.21 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA.....	19
ART. 1.22 – CLAUSOLA BROKER.....	19
ART. 1.23 – FORO COMPETENTE.....	20
ART. 1.24 – ADEMPIMENTI.....	20
ART. 1.25 – COASSICURAZIONE E DELEGA (DA SPECIFICARSI IN FASE DI CONTRATTUALIZZAZIONE DELLA POLIZZA)	21
ART. 1.26 – REVISIONE DEI PREZZI	21
2. GESTIONE DEI SINISTRI, MODALITÀ E CRITERI DI EROGAZIONE.....	22
ART. 2.1 – DENUNCIA DEL SINISTRO.....	22
ART. 2.2 – DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	22
ART. 2.3 – OBBLIGHI DELL’ASSICURATORE – ATTIVITÀ DI SUPPORTO E ASSISTENZA	23
ART. 2.4 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE	23
ART. 2.5 – ONERI DELL’ASSICURATO E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	24
A. <i>Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.....</i>	<i>24</i>
B. <i>Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.....</i>	<i>25</i>
C. <i>Convenzionamento misto</i>	<i>25</i>
D. <i>Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).....</i>	<i>25</i>
ART. 2.6 – MEDIAZIONE.....	26
ART. 2.7 – COMMISSIONE PARITETICA.....	26
ART. 2.8 – ANTICIPI.....	26
3. SEZIONE GARANZIE “A”: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI - PIANO COPERTURA	

ASSICURATIVA GARANZIE “A”	28
ART. 3.1 - MASSIMALE ASSICURATO	28
ART. 3.2 - FRANCHIGIA E SCOPERTO	28
<i>In assistenza diretta:</i>	28
<i>In assistenza indiretta:</i>	28
ART. 3.3 - PRESTAZIONI SANITARIE ASSICURATE	29
Art. 3.3.1 - Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici	29
Art. 3.3.2 - Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico	30
Art. 3.3.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare	31
Art. 3.3.4 - Indennità sostitutiva	31
Art. 3.3.5 - Day Hospital	32
Art. 3.3.6 - Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero	32
Art. 3.3.7 - Accesso a tariffe convenzionate per prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)	32
Art. 3.3.8 - Accesso a tariffe convenzionate per prestazioni ospedaliere ed extra ospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)	33
Art. 3.3.9 - Accesso a tariffe convenzionate per prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)	33
Art. 3.3.10 - Prevenzione	34
Prestazioni previste per uomini e donne una volta l'anno:	34
Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 40 anni una volta all'anno:	35
Prestazioni previste per le donne di età superiore a 40 anni una volta all'anno:	35
Prestazioni previste per le donne di età superiore a 50 anni una volta ogni due anni:	35
Prestazioni previste per le donne di età superiore a 30 anni una volta ogni due anni:	35
Art. 3.3.11 - Alta specializzazione	35
Art. 3.3.12 - Pacchetto maternità	37
Art. 3.3.13 - Indennità per grave invalidità permanente da infortunio	37
Art. 3.3.14 - Cure per il neonato nel primo mese di vita	38
Art. 3.3.15 - Indennità da non autosufficienza	38
Art. 3.3.16 - Definizione dello stato di non autosufficienza	39
Art. 3.3.17 - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società	40
Art. 3.3.18 - Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/ dell'erogazione dei servizi di assistenza	40
Art. 3.3.19 - Fase d'istruttoria	41
Art. 3.3.20 - Erogazione delle prestazioni	42
Art. 3.3.21 - Casi di non operatività della copertura	42
Art. 3.3.22 - Servizio PAI per la non autosufficienza	43
Art. 3.3.23 - Sindrome metabolica	46
ART. 3.4 - PREMIO	47
ALLEGATO ELENCO I – GARANZIE A - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:	48
ALLEGATO ELENCO II - GARANZIE A - GRAVI EVENTI MORBOSI	52
4. SEZIONE GARANZIE “B”: PIANO COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA ALLE GARANZIE SEZIONE “A” – RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE, DOMICILIARI	54
PREMESSA	54
ART. 4.1 – MASSIMALE	54
ART. 4.2 – PERIODO DI CARENZA	54
ART. 4.3 – RICOVERO	55
Art. 4.3.1 – Ricovero in Istituto di Cura	55
Art. 4.3.2 – Franchigie e scoperti	56
➤ <i>In assistenza diretta:</i>	56
➤ <i>In assistenza indiretta:</i>	56

➤ In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate:.....	56
Art. 4.3.3 – Day hospital.....	56
Art. 4.3.4 – Intervento chirurgico ambulatoriale.....	57
Art. 4.3.5 – Parto e aborto	57
1. PARTO CESAREO.....	57
2. PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO	57
Art. 4.3.6 - Indennità sostitutiva	57
ART. 4.4 – EXTRA-OSPEDALIERE E DOMICILIARI.....	58
A) ALTA DIAGNOSTICA	58
TRATTAMENTI RADIOCHEMIO.....	60
TERAPICI, DIALITICI E LASERTERAPICI:	60
B) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	60
ART. 4.5 – PROTESI DENTARIE DA INFORTUNIO.....	60
ART. 4.6 – CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	60
ART. 4.7 - CURE PER IL NEONATO NEL PRIMO MESE DI VITA.....	60
ART. 4.8 – PREMIO	61
5. GARANZIE ACCESSORIE (VALIDE PER LE “GARANZIE A E B”)......	62
1) Servizi di informazione	62
a) Informazioni telefoniche	62
b) Prenotazione di prestazioni sanitarie	62
c) Prestazioni di assistenza	62
d) Rientro dal ricovero di primo soccorso	62
e) Viaggio di un familiare all'estero.....	62
f) Invio di medicinali all'estero	62
g) Rimpatrio sanitario.....	63
h) Pareri medici.....	63
i) Informazioni sulla degenza.....	63
j) Trasmissione dei messaggi urgenti.....	63

Definizioni

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Annualità assicurativa	Il periodo compreso dalle ore 24 del 15 aprile e le ore 24 del 15 aprile di ciascun anno in cui è operante la polizza assicurativa/convenzione sanitaria.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o Polizza.
Assicuratore/ Società	La Compagnia di Assicurazione che a seguito di aggiudicazione assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati con l'Assicuratore senza anticipare la spesa, ma delegando l'Assicuratore al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Assistenza indiretta	Il pagamento da parte della Società all'Assicurato di quanto dovuto a termini di polizza, dietro presentazione delle relative fatture, notule, distinte e ricevute.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.
Broker	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito da Cassa Geometri, è affidata la gestione dell'assicurazione ai sensi del D.Lgs. 209/2005.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento Assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.
Case Manager	Il Case Manager è un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi un PAI che risponde alle necessità identificate.

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 Geometri.
Centro medico	Per centro medico è da intendersi, oltre al centro medico in senso stretto, anche il poliambulatorio, il centro di fisioterapia, il centro diagnostico, il laboratorio di analisi.
Contraente	La Cassa Italiana di Previdenza ed Assistenza dei Geometri Liberi Professionisti (di seguito denominata " Cassa Geometri " ovvero " Cassa ").
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, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macro-attività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.
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) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
Difetto Fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Difetto Fisico preesistente	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).
Dipendenti pensionati Cassa	Sono i dipendenti della Cassa già pensionati alla data di decorrenza della polizza e i dipendenti della Cassa che andranno in pensione nel corso del periodo di durata dell'appalto, i quali potranno continuare ad usufruire della copertura assicurativa in continuità, con pagamento del premio a proprio carico.
Documentazione medica	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici.
Documentazione di spesa	Documentazione di spesa, comprese le notule e le ricevute dei farmaci.

Franchigie e scoperti	L'importo delle spese sostenute, se indennizzabili a norma di polizza, che rimane a carico dell'Assicurato.
Grandi Interventi	Gli interventi elencati nell'apposita sezione del presente Capitolato.
Gravi Eventi Morbosi	Gli eventi elencati nell'apposita sezione del presente Capitolato.
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società a seguito di ricovero per malattia e/o infortunio per far fronte alle necessità legate al recupero; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).
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.
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. 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	Le 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.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale	Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
PAI	Piano Assistenziale Individuale è lo strumento operativo per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate.
Pensionati in attività iscritti alla Cassa	Sono professionisti in pensione che continuano ad esercitare la professione di geometra versando regolarmente i contributi alla Cassa.
Pensionati non iscritti in continuità	Sono i pensionati che si cancellano dalla Cassa, e continuano ad usufruire della polizza con pagamento del premio a proprio carico.
Premio	La somma dovuta dalla Contrente alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione.
Questionario di riconoscimento dello stato di non autosufficienza	Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.
Ricovero di lunga degenza	La degenza in Istituto di cura specializzata in caso di ricovero di lungo periodo.
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro.
Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente"	Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Superstiti	Sono i familiari dell'assicurato deceduto.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

La Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri Liberi Professionisti, di seguito denominata Cassa, è stata istituita nel 1955 come ente pubblico per la previdenza e assistenza dei Geometri. Dal 1° gennaio 1995 è stata privatizzata e trasformata in associazione di diritto privato con l'attuale denominazione e conta, ad oggi, circa 70.000 iscritti.

La Cassa eroga pensioni (vecchiaia, inabilità/invalidità, reversibilità e indiretta), assicura prestazioni assistenziali e garantisce un'ampia offerta di welfare integrato tra cui l'assistenza sanitaria integrativa offerta gratuitamente a tutti gli iscritti e ai pensionati in attività.

Per informazioni ulteriori relative alle attività istituzionali della Cassa si rinvia al sito web: <https://www.cassageometri.it/it/cassa>

La Committente con il presente appalto intende effettuare un affidamento del servizio di copertura delle spese sanitarie per gli Iscritti, i pensionati in attività ed il personale dipendente della Cassa.

Oggetto della polizza

Oggetto della polizza è il servizio di copertura delle spese sanitarie per gli assicurati della Cassa, cioè l'assicurazione del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli assicurati così come disciplinate nel presente capitolato.

L'assicurazione è prestata per gli eventi indicati alla “Sezione Garanzie A” negli artt. dal 3.1 al 3.4 e negli elenchi I e II, alla “Sezione Garanzie B” negli artt. dal 4.1 al 4.8.

La Garanzia A opera ad adesione obbligatoria in forma collettiva, pertanto il relativo premio unitario è a carico della Cassa, per le seguenti categorie:

1. Iscritti alla Cassa
2. Pensionati in attività iscritti alla Cassa
3. Dipendenti della Cassa

Per tutte le altre categorie di assicurati, la garanzia deve intendersi ad adesione facoltativa, il cui premio resta a carico dell'assicurato.

La Garanzia B, deve intendersi ad adesione facoltativa per tutti i soggetti assicurati, ad eccezione dei Dipendenti della Cassa, per i quali il premio è a carico della Cassa secondo quanto disposto all'art.1.9.

L'adesione alla “Sezione garanzie B” è subordinata all'attivazione della “Sezione garanzie A”.

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Durata del contratto

Il Contratto ha durata biennale, con decorrenza dalle ore 24:00 del 15 aprile 2027 alle ore 24:00 del 15 aprile 2029 ed opera, ad ogni effetto – per la validità delle coperture e le modalità di adesione - in piena e completa continuità con tutte le precedenti coperture collettive e individuali, in deroga all'art. 1901 del Codice civile, anche nelle more della conclusione della procedura di aggiudicazione e della stipulazione del contratto.

La stazione appaltante si riserva la facoltà di estendere il contratto per una durata massima pari a n. 365 giorni ai medesimi prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto. L'esercizio di tale facoltà è comunicato all'appaltatore almeno 180 giorni prima della scadenza del contratto, ferma restando la facoltà della Compagnia di Assicurazione di non accettare l'estensione del contratto mediante comunicazione da inviare a mezzo PEC, con un preavviso di 160 giorni rispetto alla scadenza delle ore 24:00 del 15 aprile 2029.

Alla Cassa è riservata la facoltà di disdetta, alla scadenza di ogni annualità, con un preavviso di almeno 90 giorni e senza che la Società possa vantare alcun diritto e/o indennità. Ferma restando la durata biennale della polizza, si precisa che ai fini della regolamentazione delle inclusioni e/o delle esclusioni degli assicurati, di cui all'art.1.4 del presente Capitolato, del pagamento dei premi assicurativi e di tutte quelle fattispecie che nel contratto fanno riferimento ad una disciplina annuale, si considerano come scadenze annuali le seguenti date: ore 24:00 del 15 aprile 2028, ore 24:00 del 15 aprile 2029, e nella ipotesi di esercizio del diritto di estensione ore 24:00 del 15 aprile 2030.

Art. 1.2 – Modifiche

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. 1.3 – Effetto della copertura

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno 15 aprile 2027.

Art. 1.4 – Assicurati

Le garanzie di cui al presente Capitolato, sono prestate in favore dei seguenti soggetti:

1. Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario

Le garanzie di cui alla polizza sono prestate in forma collettiva, con premio a carico della Cassa, a favore di:

- a) Iscritti alla Cassa per le garanzie previste alla Sezione A del presente Capitolato;
- b) Pensionati in attività Iscritti alla Cassa per le garanzie previste alla Sezione A del presente Capitolato;
- c) Dipendenti della Cassa per le garanzie previste alla sezione A e B del presente Capitolato.

2. Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario

Le garanzie di cui alla polizza sono estese, in forma individuale e facoltativa, con premio a carico dell'assicurato, a:

- a) Dipendenti dei professionisti iscritti che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- b) Dipendenti dei Collegi;
- c) Pensionati non iscritti in continuità e Superstiti titolari della precedente annualità assicurativa;
- d) Dipendenti pensionati Cassa
- e) Coniugi e figli superstiti degli assicurati deceduti nel corso dell'annualità assicurativa;
- f) Nuclei familiari interi degli assicurati L'assicurato che intenda estendere la copertura assicurativa ai propri familiari è tenuto a includere obbligatoriamente tutti i componenti del nucleo familiare, come definito al successivo art. 1.6 È possibile non estendere la copertura assicurativa e a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura assicurativa del familiare, vale a dire copia della polizza in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di polizza collettiva.

Le adesioni, sia individuali che facoltative devono intendersi annuali.

L'iscritto che diventa pensionato nel corso dell'anno assicurativo e che si cancella dalla Cassa, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annua.

Il pensionato in attività che si cancella dalla Cassa nel corso dell'anno assicurativo, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annua.

I dipendenti della Cassa, i dipendenti dei Collegi e i Dipendenti dei professionisti iscritti che esercitano singolarmente, in associazione e STP, che diventano pensionati nel corso dell'anno assicurativo, nonché i rispettivi nuclei familiari, rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annua.

Tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al piano sanitario, alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire della copertura assicurativa mediante pagamento del relativo premio e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione. Coloro che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza di polizza non potranno più essere reinseriti.

Art. 1.5 – Limiti di età

Per i figli conviventi è previsto il limite di 35 anni. Il Piano sanitario, pertanto, può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età.

Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Art. 1.6 – Nucleo Familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo/titolare e dai suoi familiari conviventi come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto degli assicurati ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n.445/2000, ovvero del convivente di fatto, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge.

Per familiari si intendono:

- il coniuge non legalmente separato anche se non convivente, il convivente di fatto, tale indipendentemente dal genere, l'unito civilmente;
- i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché a carico ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Sono, altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, i figli del coniuge o del convivente, indipendentemente dal genere.

Art. 1.7 – Comunicazione delle anagrafiche

Per gli assicurati in forma collettiva Cassa avrà 90 giorni di tempo, dall'attivazione della polizza, per la trasmissione delle anagrafiche alla Società.

Nelle more di tale comunicazione, le prestazioni assicurative della polizza, comprese quelle erogate in assistenza diretta, saranno erogate, su richiesta della Società e/o dell'Assicurato, previo rilascio dell'attestazione di iscrizione da parte della Cassa.

Art. 1.8 – Variazioni in corso d'anno degli assicurati

- a) Le inclusioni di nuovi iscritti e personale di nuova assunzione della Cassa sono così regolamentate:**

Per gli assicurati che si iscriveranno alla Cassa nel corso del periodo di durata del contratto, così come per i nuovi dipendenti, il rateo di premio relativo verrà pagato secondo le modalità indicate nel successivo art.1.9.

Nel caso di nuova iscrizione alla Cassa o di nuova assunzione la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Iscritto o il dipendente, avente diritto ad essere assicurato con la presente polizza, si iscrive alla Cassa o prende servizio presso la stessa.

La Cassa si riserva un termine di 45 giorni decorrenti dalle scadenze del primo (15 aprile) e del

secondo semestre (15 ottobre) per la trasmissione delle anagrafiche riguardanti le inclusioni in corso d'anno delle presenti categorie.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

b) Le inclusioni di assicurati ad adesione facoltativa sono così regolate:

a. Alla decorrenza del Contratto, gli aventi diritto così come identificati al punto 2 dell'art. 1.4, avranno a disposizione una finestra di ingresso di 90 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al Piano Sanitario. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.

b. **Inclusione di familiari:** l'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto al punto precedente è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio/convivenza/unione civile o nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura assicurativa per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle garanzie ai sensi del precedente art. 1.4, punto 2), lett. f).

In questo caso i familiari, così come definiti all'art. 1.6, potranno essere inseriti nella polizza entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia ovvero dalla scadenza della copertura. Il premio verrà calcolato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

La copertura avrà effetto dalla data di modifica dello stato di famiglia se la comunicazione viene effettuata entro il termine previsto di 60 giorni. Qualora la comunicazione fosse invece successiva a tale termine, la copertura avrà effetto dal giorno della comunicazione.

c. **Esclusione degli assicurati in corso d'anno:** Il venir meno dei requisiti di cui all'art. 1.4 non produce effetto ai fini della Polizza fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

Di conseguenza, tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla prima scadenza annuale.

Art. 1.9 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio è corrisposto con le seguenti modalità:

- Entro il **15 maggio** di ogni anno deve aver luogo il versamento del premio anticipato provvisorio pari ad € 2.500.000,00;
- Entro il **30 ottobre** di ogni anno deve aver luogo il versamento del conguaglio dovuto a

seguito della trasmissione delle anagrafiche;

- Entro **60 giorni dall'emissione dell'appendice di regolazione** deve aver luogo il versamento del premio relativo alle inclusioni in corso d'anno.

Per i dipendenti della Cassa il premio della garanzia A si intenderà pari a quello offerto dalla Società per gli iscritti, mentre il premio della garanzia B si intenderà pari a quello offerto dalla Società aggiudicataria per le adesioni individuali scontato del 20%, in considerazione dell'inserimento in forma collettiva.

Il premio relativo alle variazioni in corso d'anno verrà calcolato come segue:

- Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo.
- Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 50% dell'intero premio annuo.

Art. 1.10– Clausola risolutiva espressa

La Polizza, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del Codice civile, si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto della Cassa di agire per il risarcimento dei danni subiti e il risarcimento per il maggior danno:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione da parte della Cassa;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R., o posta elettronica certificata (PEC), in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

Art. 1.11 – Assicurazione per conto altrui

L'assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati.

Gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Cassa, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del Codice civile.

Art. 1.12 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è valida nel mondo intero. I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 1.13 – Rischi esclusi

Salvo quanto espressamente previsto nella Sezione 3 – Garanzie A”, l’assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad esclusione degli interventi sui bambini che non abbiano superato il 5° anno di età. L’esclusione non opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell’adesione alla copertura assicurativa e sconosciuti all’Assicurato in tale momento;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche. L’esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico, di grave evento morboso e LTC ovvero salvo quanto esplicitamente previsto in polizza;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell’Assicurato o della Cassa;
- 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, di alcool e di sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l’Assicurato attività professionale;
- f) l’aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza indipendentemente da quando è avvenuto l’evento infortunio o intervento demolitivo;
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo *etc.*) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura, salvo quanto previsto nella polizza;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle parodontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile nei termini, salvo quanto previsto in polizza;
- j) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, *etc.*), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- k) 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;
- l) gli interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero ad eccezione di quelli indennizzabili a termini di polizza;
- m) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell’infertilità e comunque quelli relativi all’inseminazione artificiale.

Art. 1.14 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Cassa e degli aderenti alle opzioni facoltative.

Art. 1.15 – Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 1.16 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte con lettera raccomandata oppure per posta elettronica certificata.

Art. 1.17 – Oneri a carico dell'assicuratore

Sono a carico dell'Assicuratore, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del servizio assicurativo, nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi a eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale. Rientra pertanto tra gli oneri a carico dell'Assicuratore la remunerazione del Broker per le attività prestate.

Art. 1.18 - Modalità trasmissione Anagrafiche e Dati**A) Modalità Trasmissione Anagrafiche e Adesioni**

Cassa si impegna a trasmettere al Broker l'aggiornamento delle anagrafiche in forma telematica, adottando adeguati accorgimenti tecnici e organizzativi per garantire il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Il Broker raccoglie:

1. le anagrafiche delle forme collettive tramite le comunicazioni fatte pervenire da Cassa Geometri;
2. le adesioni individuali (sia nel caso di estensione delle garanzie previste nella Sezione "A" al nucleo familiare, sia nel caso di adesione alle garanzie previste nella Sezione "B" da parte dell'iscritto/del pensionato singolarmente o con il nucleo familiare,

Le adesioni individuali saranno raccolte mediante una piattaforma telematica messa a disposizione dal Broker della Cassa, opportunamente profilata, attraverso la quale gli assicurati, previa registrazione, potranno trasmettere le proprie adesioni compilando l'apposita modulistica entro i termini di cui all'art. 1.8.

Il Broker provvederà a trasmettere alla Società, con modalità telematiche concordate, i dati e la documentazione relativi alle adesioni raccolte, necessari all'emissione delle coperture e alla gestione amministrativa delle stesse.

La Società si impegna a ricevere e processare le adesioni collettive e individuali trasmesse dal Broker, garantendone la presa in carico nei tempi previsti dal contratto, nonché a fornire al Broker gli esiti delle lavorazioni e ogni informazione necessaria al corretto aggiornamento della piattaforma e alla gestione delle coperture.

La Società si impegna inoltre:

- a garantire la piena interoperabilità con la piattaforma messa a disposizione dal Broker, rendendo disponibili, senza oneri aggiuntivi per la Cassa, i tracciati record, i flussi informatici e le eventuali interfacce applicative (API, web service o altri strumenti equivalenti) necessari allo scambio automatico dei dati relativi alle adesioni.
- 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 alle garanzie di polizza previste nelle sezioni A e B, preventivamente concordate con le Società;

B) Modalità Trasmissione Dati andamento sinistri

La Società si impegna:

- 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 atti di gara, denominato, "Dati sull'andamento dei sinistri": in particolare, tali dati dovranno consentire di ricavare 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). Si specifica che la comunicazione delle informazioni personali degli assicurati sarà legittimata da apposito addendum contrattuale ex articolo 28 del GDPR, con il quale la Cassa affida alla Società il compito di gestire per proprio conto le informazioni necessarie alla compilazione del documento "Dati sull'andamento dei sinistri". La Cassa tratterà tali dati personali dei propri iscritti in osservanza della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Rimane ferma l'autonoma titolarità del trattamento dei dati personali in capo alla Società per il perseguimento di tutte le finalità attinenti all'erogazione della prestazione assicurativa. 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 alla Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. I suddetti dati 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 dall'Associato e/o dal Broker.

- a consentire a un referente indicato dalla Cassa 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 fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione dei sinistri.

Ciascuna Parte adempierà agli obblighi derivanti dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati in qualità di autonomo Titolare. La Società si conformerà inoltre alle istruzioni impartite dalla Cassa nello svolgimento del trattamento operato ex art. 28 del GDPR limitatamente ai dati relativi al documento "Dati sull'andamento dei sinistri".

Gli obblighi sopra indicati saranno adempiuti nel pieno rispetto dei principi di riservatezza delle informazioni fornite ai sensi del d.lgs. n. 196/2003, recante il Codice in materia di dati personali, e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR).

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

Art. 1.19 – Diminuzione di rischio

Ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile, nel caso di diminuzione del rischio, ferma la rinuncia al diritto di recesso, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione della Cassa.

Art. 1.20 - Rinuncia al recesso dal contratto

In deroga all'art. 1898 del codice civile, la società rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della sua scadenza, anche nel caso di estensione e attivazione delle proroghe di cui all'art. 120, cc. 10 e 11, del d.lgs. n. 36/2023.

Art. 1.21 - Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili.

Art. 1.22 – Clausola Broker

La Cassa ha affidato la gestione del contratto di cui alla presente procedura aperta alla Società Mediass S.p.A. in qualità di Broker, ai sensi del d.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

La Cassa e la Società danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del contratto di cui alla presente procedura aperta avverrà anche per il tramite del suddetto Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni del contratto di cui alla presente procedura, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Cassa/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dalla Cassa/Assicurato stesso, salvo che per la comunicazione di recesso che dovrà essere effettuata direttamente dalla Società alla Cassa e viceversa. Si precisa che, qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto tramite il Broker e che tale pagamento è da considerarsi liberatorio per la Contraente.

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 4% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento dei premi, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Resta inteso tra le Parti che al Broker è affidata la gestione e l'esecuzione del contratto di cui alla presente procedura.

Art. 1.23 – Foro competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il Contraente e la Compagnia Assicuratrice riguardante l'esecuzione della presente Polizza è competente il Foro di Roma, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro 90 (novanta) giorni dell'insorgere della contestazione.

Per ogni controversia che dovesse insorgere tra il singolo Assicurato e la Compagnia Assicuratrice, in merito all'indennizzabilità del sinistro o circa la misura degli indennizzi è competente il Foro della città in cui risiede l'Assicurato, cui le parti potranno ricorrere qualora non si riesca a comporla attraverso arbitri amichevoli da nominarsi in accordo tra le parti, entro 90 (novanta) giorni dell'insorgere della contestazione.

Art. 1.24 – Adempimenti

La Società, contestualmente alla sottoscrizione della polizza e comunque entro e non oltre i successivi 30 (trenta) giorni, si impegna a predisporre e ad inviare, a propria cura e spese, agli assicurati la brochure illustrativa contenente le condizioni di polizza e le relative modalità di utilizzo.

La Cassa si impegna a trasmettere tempestivamente alla Società gli indirizzi di posta elettronica degli iscritti, dipendenti, pensionati e superstiti assicurati, e comunque in tempo utile a consentire l'effettuazione degli invii entro il termine sopra indicato. Considerato che, allo stato, un numero limitato di assicurati (circa 50 soggetti) non dispone di un indirizzo di posta elettronica, per tali destinatari la brochure dovrà essere trasmessa mediante posta ordinaria.

Il testo della brochure, le modalità grafiche e le modalità di invio agli assicurati dovranno essere preventivamente concordati con la Cassa.

La spedizione potrà avvenire a mezzo posta elettronica e/o posta ordinaria.

La Società è inoltre tenuta, entro il 30 marzo di ciascun anno assicurativo successivo al primo, a predisporre una comunicazione informativa finalizzata a consentire agli assicurati l'eventuale estensione delle garanzie a sé stessi e ai propri familiari. Anche il testo, le modalità grafiche e le modalità di trasmissione di tale comunicazione dovranno essere preventivamente concordati con la Contraente.

Art. 1.25 – Coassicurazione e delega (da specificarsi in fase di contrattualizzazione della polizza)

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori in base alle rispettive quote percentuali indicate in gara:

- Compagnia Quota % - Delegataria
- Compagnia Quota %
- Compagnia Quota %

In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

Art. 1.26 – Revisione dei prezzi

In osservanza all'art. 60 del Codice, il corrispettivo dovuto all'Appaltatore sarà oggetto di revisione qualora, nel corso di esecuzione del contratto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determina una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al 5% dell'importo complessivo e nella misura dell'80% del valore eccedente la suddetta variazione in relazione alle prestazioni da eseguire.

2. GESTIONE DEI SINISTRI, MODALITA' E CRITERI DI EROGAZIONE

Art. 2.1 – Denuncia del sinistro

L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

La Società si impegna a garantire all'assicurato i seguenti servizi:

- possibilità d'inoltro della richiesta di rimborso con scansione della fattura (evitando la spedizione degli originali);
- visualizzazione dello stato delle pratiche inoltrate e dei rimborsi disposti a favore dello stesso;
- invio in modalità "push" degli aggiornamenti sullo stato della pratica tramite un "gateway sms" e/o posta elettronica;
- gestione e consultazione delle pratiche dello stesso all'interno dell'area riservata dell'assicurato;
- predisposizione ed invio di apposita modulistica per coloro che non utilizzano le modalità di inoltro della denuncia via web.

La Compagnia si impegna ad adempiere a tutti gli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

Art. 2.2 – Documentazione sanitaria

La denuncia del sinistro deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia o dell'infortunio, nonché la necessità della prestazione per la quale si richiede il rimborso.

L'Assicurato è obbligato a presentare copia della cartella clinica conforme all'originale relativa all'eventuale ricovero. La documentazione sanitaria è richiesta in copia e deve sempre contenere la diagnosi o il quesito diagnostico. Rimane fermo che la Società potrà richiedere, in ogni momento (sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto), la produzione degli originali della documentazione di spesa qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse, oppure per effettuare controlli statistici. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine

o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Nel caso intervenga nel pagamento altro ente assistenziale o compagnia assicuratrice, l'Assicurato dovrà presentare copia del documento comprovante il rimborso.

Il rimborso, effettuato dai predetti Enti Assistenziali o Società Assicuratrici, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto posto a carico dell'Assicurato ed indicato alle specifiche garanzie delle "Sezioni A e B".

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Società Assicuratrice, sia pari o superiore alla franchigia prevista dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dalla Cassa e dalla Società fino alla concorrenza del massimale previsto.

Art. 2.3 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza

La Società si impegna a:

A. **Garantire supporto e assistenza agli Assicurati**, attraverso una Centrale Operativa accessibile mediante numero telefonico gratuito (numero verde) che garantisca assistenza telefonica quotidiana non inferiore a 9 ore per ogni giorno lavorativo (dalle ore 09:00 alle ore 18:00), su tutte le informazioni inerenti:

- le modalità di accesso alla rete convenzionata
- lo stato dei sinistri
- i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio

B. **Creazione di un portale online e/o APP dedicati alla gestione delle pratiche**: entro 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, la Società provvederà a rendere disponibile un portale web dedicato (accessibile, comunque, tramite link presente nel sito di Cassa Geometri.) che consenta all'Assicurato di:

- visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa ai piani sanitari;
- visionare le strutture convenzionate;
- accedere alla propria area riservata con apposite credenziali per l'attivazione delle richieste di assistenza diretta e di rimborso, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa. Il portale dovrà consentire all'assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche, l'eventuale motivazione di rifiuto del rimborso e l'aggiornamento dei propri contatti, indirizzi e l'indicazione dell'IBAN su cui effettuare i rimborsi in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza. Oltre al portale web, la Società metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

Art. 2.4 – Criteri di liquidazione

Entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta di rimborso la Società dovrà:

- Evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare

Entro 15 giorni solari dall'inserimento della richiesta la Società dovrà:

- Respingere la pratica con obbligo di motivazione

- Sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa
- I 30 giorni solari per la liquidazione del sinistro decorrono dalla data di caricamento a sistema della documentazione completa da parte dell'Assicurato, esclusi i giorni in cui la pratica è stata sospesa in attesa di documentazione integrativa.

Art. 2.5 – Oneri dell'Assicurato e modalità di erogazione delle prestazioni

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

A. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative ai servizi erogati dall'intera rete convenzionata con la Società vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate.

La Società mette a disposizione la propria centrale operativa, il proprio sito internet e la propria App, tramite i quali è possibile:

- effettuare la prenotazione presso l'intera rete convenzionata
- richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società prendendo contatto con la Centrale Operativa, la quale si impegna a fornire all'Assicurato, entro 3 (tre) giorni lavorativi dalla richiesta, riscontro relativo alla presa in carico. Rimane fermo che la Società si impegna a valutare tutte le richieste pervenute con un preavviso di almeno due giorni rispetto alla data prevista per l'effettuazione della prestazione, fatti salvi i casi di urgenza che la Società si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia tranne quelli specificamente previsti anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale medico convenzionati. La Società terrà indenne l'Assicurato da qualsiasi richiesta della struttura sanitaria salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eventuali scoperti e franchigie previste per le singole garanzie e per le spese eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate secondo le modalità descritte nella presente *lettera A.* mentre quelle relative al personale medico non convenzionato verranno liquidate con le modalità previste alla *lettera B.* del presente articolo.

B. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti dalle singole garanzie delle "Sezioni A e B".

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare, con le modalità previste al precedente art. 2.1, alla sede di liquidazione della Società, il modulo di denuncia del sinistro corredato dalla copia della documentazione di spesa, dalla copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

Per i sinistri avvenuti all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa ricavato dalle quotazioni di Banca d'Italia.

La Società procederà alla liquidazione entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa attinente il sinistro.

Qualora, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di rimborsi del Servizio Sanitario Nazionale.

C. Convenzionamento misto

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate secondo le modalità descritte nella presente *lettera A*, mentre quelle relative al personale medico non convenzionato verranno liquidate con le modalità previste alla *lettera B* del presente articolo.

D. Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia "*Indennità Sostitutiva*" di cui all'art. 3.3.4 della Sezione A e all'art. 4.3.6 della Sezione B.

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva. Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla *lett. A* o alla *lett. B* del presente articolo in dipendenza dell'esistenza di un

regime di convenzionamento.

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate alla precedente *lett. B*.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

Art. 2.6 – Mediazione

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del contratto oggetto del presente affidamento, non definita ai sensi del successivo art. 2.7 “Commissione Paritetica”, dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del d.lgs. n. 28/2010, attuativo dell'art. 60 della legge n. 69/2009.

L'Organismo di mediazione sarà scelto dalla parte attrice tra gli organismi di mediazione. Il procedimento di mediazione dovrà svolgersi nell'ambito del Circondario del Tribunale competente in relazione alla residenza dell'Assistito ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell'Organismo di mediazione scelto.

Art. 2.7 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica composta da quattro membri designati, di volta in volta, due dalla Cassa e due dalla Società.

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 e di risolvere eventuali contrasti interpretativi. La Commissione può inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

La Commissione può essere richiesta dalla Cassa e dalla Società sulla base di una comunicazione contenente gli argomenti da trattare e/o le problematiche da analizzare. La Commissione dovrà organizzarsi per riunirsi entro 40 giorni dalla comunicazione. Per tutti gli argomenti che richiedono approfondimenti tecnici e/o medici, le parti potranno avvalersi del supporto di specifica consulenza.

Art. 2.8 – Anticipi

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma preventivata – l'importo da versare a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- Non ci siano ragionevoli dubbi sull'indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- Sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta di deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

In presenza della detta documentazione, l'anticipo richiesto sarà reso disponibile all'Assicurato entro dieci giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

Se il ricovero non sarà eseguito entro 30 giorni dalla data prevista al momento della richiesta, l'assicurato dovrà provvedere alla restituzione della somma alla Società nel più breve termine possibile.

3. SEZIONE GARANZIE “A”: GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI - PIANO COPERTURA ASSICURATIVA GARANZIE “A”

Art. 3.1 - Massimale Assicurato

Il massimale Assicurato per il complesso delle garanzie “A” è pari a € 500.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 3.2 - Franchigia e Scoperto

Nel caso in cui le prestazioni di cui agli art. 3.3.1, art. 3.3.2, art. 3.3.3, art. 3.3.5, art. 3.3.6 siano rese:

In assistenza diretta:

- **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano** – così come disciplinato dall’art. 2.5 lettera A – vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture ed ai medici convenzionati con l’applicazione di uno scoperto pari al 10% con il minimo non indennizzabile di € 300,00 per sinistro e con un massimo a carico dell’assicurato di € 1.500,00
- **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano** – così come disciplinato dall’art. 2.5 lettera A – vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati – le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture ed ai medici convenzionati con l’applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 300,00 per sinistro e con un massimo a carico dell’assicurato di € 4.000,00.

In assistenza indiretta:

- **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano** - così come disciplinato dall’art. 2.5 lettera B - vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, – opera con uno scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 300,00 per sinistro e con un massimo a carico dell’Assicurato di € 2.500,00.
- **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano** - così come disciplinato dall’art. 2.5 lettera B - vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 30% con il minimo non indennizzabile pari ad € 500,00 e con un massimo a carico dell’Assicurato di € 5.000,00 per sinistro.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari verranno rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 3.3 - Prestazioni Sanitarie Assicurate

Art. 3.3.1 - Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

È garantito, nell'ambito degli interventi di cui all'Allegato Elenco I, il rimborso delle spese per:

- a) **Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria; materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- b) **Assistenza medica, cure e medicinali durante il periodo di ricovero:** assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- c) **Rette di degenza:** non sono comprese in copertura le spese voluttuarie
- d) **Pre e Post ricovero:** per le visite specialistiche e per gli accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biotiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlate, nonché quelle sostenute nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito – fermi i limiti temporali di cui sopra - si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure, accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

- e) In caso di **trapianto** sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica e infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. 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, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato, compresi eventuali casi di rigetto;
- f) **Accompagnatore:** Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso Istituto di cura o, nel caso di indisponibilità ospedaliera, presso struttura alberghiera, fino ad un limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- g) **Assistenza infermieristica individuale,** fino ad un importo di € 3.900,00 massimo per anno assicurativo e nucleo familiare;

- h) **Trasporto sanitario:** Trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore all'Istituto e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € 3.000,00 per anno e nucleo per ricoveri in Stati della Unione Europea ed € 6.000,00 per anno e per nucleo per ricoveri nel resto del mondo;
- i) **Apparecchi protesici e sanitari:** acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di € 5.500,00 per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- j) **Costi funerari e rimpatrio della salma:** costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € 5.000,00 per anno e per nucleo in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza. Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore con il massimo di € 1.000,00 per anno e per nucleo;
- k) **Cure palliative e la terapia del dolore** fino a concorrenza di un importo massimo di € 25.000,00 per evento.
- l) **Acquisto di parrucca, reggiseno per protesi o altro manufatto protesico esterno a seguito di patologia oncologica fino a concorrenza di un importo massimo per anno e per nucleo di €300**

Art. 3.3.2 - Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) **Rette di degenza:** non sono comprese in copertura le spese voluttuarie
- b) **Assistenza medica, cure e medicinali durante il periodo di ricovero:** assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) **Pre Ricovero:** accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 100 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'evento morboso che determina il ricovero stesso;
- d) **Assistenza infermieristica privata individuale:** Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 3.900,00 per anno associativo e nucleo familiare.
- e) **Post Ricovero:** visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di

ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza;
tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di € 13.000,00 per anno e per nucleo familiare.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.3.1 ai punti h), i), j) e k)

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 3.3.1.

Art. 3.3.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

In caso di trattamento domiciliare sono riconosciute le spese per:

- a) Visite specialistiche
- b) Esami ed accertamenti diagnostici;
- c) Terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) Prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali e/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.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.3.1 ai punti i), j) e k).

Art. 3.3.4 - Indennità sostitutiva

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico o di Grave Evento Morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della polizza, la Società corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio. L'indennità sarà pari ad € 155,00 e verrà erogata, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra, è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando gli scoperti e la franchigia di cui *all'art. 3.2*, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100 %.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite massimo di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato, per i ricoveri e/o day-

hospital pre e post-intervento di cui alla lettera d) dell'art. 3.3.1, in questo caso l'importo della diaria sarà pari a € 155,00 per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

Art. 3.3.5 - Day Hospital

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Day-hospital senza intervento chirurgico: la degenza in Istituto di Cura in regime di day-hospital superiore a giorni tre (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio) è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura. Il day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Art. 3.3.6 - Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Sono garantite le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Le garanzie sono prestate fino a un massimo di € 15.000,00 per persona e per anno assicurativo.

A parziale deroga di quanto previsto dal precedente *art. 3.2*, la prestazione, ove prestata da strutture private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 15%, fermo il resto.

Art 3.3.7 – Accesso a tariffe convenzionate per prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere a proprio carico le prestazioni dentarie a

tariffe agevolate utilizzando gli studi odontoiatrici del network convenzionato. La Società metterà a disposizione i propri uffici dedicati, raggiungibili attraverso un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato e domenica e festivi inclusi, tramite il quale nei giorni feriali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata e ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet di Cassa Geometri.

Rimane in ogni caso fermo il diritto della Cassa di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.3.8 - Accesso a tariffe convenzionate per prestazioni ospedaliere ed extra ospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere a proprio carico le prestazioni ospedaliere e gli accertamenti diagnostici utilizzando le Case di Cura ed i Centri Diagnostici del network convenzionato.

La Società metterà a disposizione i propri uffici dedicati, raggiungibili attraverso un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato e domenica e festivi inclusi, tramite il quale nei giorni feriali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata e ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet della Cassa.

Rimane in ogni caso fermo il diritto della Cassa di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.3.9 - Accesso a tariffe convenzionate per prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste dalla Garanzia A)

Tutti gli assicurati alla Garanzia A potranno ottenere a proprio carico le prestazioni fisioterapiche e riabilitative a tariffe agevolate utilizzando gli studi del network convenzionato.

La Società metterà a disposizione i propri uffici dedicati, raggiungibili attraverso un numero verde dedicato attivo 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato e domenica e festivi inclusi tramite il quale nei giorni feriali sarà possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata e ottenere la richiesta di applicazione delle tariffe agevolate.

In alternativa, la Società potrà mettere a disposizione il proprio portale internet, o quello del

gestore del network convenzionato, attraverso il quale gli assicurati, previa registrazione al portale stesso, dovranno prenotare le prestazioni.

Le modalità di registrazione ed utilizzo del servizio saranno messe a disposizione degli assicurati tramite il sito internet della Cassa.

Rimane in ogni caso fermo il diritto della Cassa di sospendere e/o porre termine all'utilizzo del servizio anche in corso di vigenza del contratto, senza che la Società possa sollevare eccezioni al riguardo.

Art. 3.3.10 – Prevenzione

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Il Piano provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate da effettuarsi esclusivamente presso strutture convenzionate. Le prestazioni previste potranno essere attivate singolarmente o in pacchetti omogenei e non necessariamente dovranno essere effettuate in un'unica soluzione:

Prestazioni previste per uomini e donne una volta l'anno:

- Esame emocromocitometrico completo;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES);
- Esame delle urine;
- Colesterolo totale, colesterolo HDL e LDL;
- Esame occulto delle feci;
- Trigliceridi e glicemia;
- Elettroforesi proteine plasmatiche;
- Azotemia (Urea);
- Creatinemia;
- ALT/FTP;
- AST/GOT;
- Gamma GT;
- PTT;
- PT;
- Elettrocardiogramma base;
- Visita specialistica oculistica;
- Visita specialistica otorino con esame audiometrico;
- Visita specialistica odontoiatrica con ablazione del tartaro;
- Visita specialistica cardiologica
- Ecografia transrettale
- Visita tiroide
- Mappatura dei nei

- Visita urologica

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 40 anni una volta all'anno:

- PSA;
- PSA free;
- Ecografia prostatica;
- ECG da sforzo;

Prestazioni previste per le donne di età superiore a 40 anni una volta all'anno:

- Ecografia mammaria;
- Pap test;
- Visita ginecologica;
- Mammografia
- Visita senologica

Prestazioni previste per le donne di età superiore a 50 anni una volta ogni due anni:

- Ecodoppler arti
- MOC

Prestazioni previste per le donne di età superiore a 30 anni una volta ogni due anni:

- Test HPV (papilloma virus).

Art. 3.3.11 – Alta specializzazione

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Il Piano Sanitario liquida le spese sostenute per le seguenti prestazioni di alta specializzazione solo presso strutture e medici convenzionati con la Società ed in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

1. Angiografia;
2. Artroscopia;
3. Broncografia;
4. Cistoscopia;
5. Clisma opaco;
6. Colangiografia;
7. Colangiografia percutanea (PTC);
8. Colecistografia;
9. Colonscopia con asportazione di tessuto;

10. Colposcopia;
11. Ecocolordoppler;
12. Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
13. Ecografia transrettale;
14. Ecografia transvaginale;
15. Ecografia mammaria;
16. Fistelografia;
17. Flebografia;
18. Fluorangiografia;
19. Holter cardiaco;
20. Holter pressorio;
21. Isterosalpingografia;
22. Mammografia;
23. OCT Oculare;
24. Risonanza Magnetica Nucleare;
25. Rx esofago con mezzo di contrasto;
26. Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
27. Rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
28. Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);
29. Tomografica a Emissione di Positroni (PET);
30. Urografia;
31. Vesciculodeferentografia.

Le prestazioni di alta specializzazione sono rimborsabili a seguito di prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Sono altresì rimborsabili e considerate come unica prestazione anche le spese per eventuale sedazione e/o anestesia prescritta per eseguire gli accertamenti di cui sopra.

Il massimale annuo è di € 5.000,00 per nucleo familiare. Il massimale deve intendersi in aggiunta al massimale previsto per la garanzia “B” e verrà utilizzato prima dell’eventuale utilizzo della garanzia “B” ove prevista.

Franchigie:

Soggetti assicurati in forma collettiva: applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni prestazione o ciclo terapia.

Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa: applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni prestazione o ciclo terapia.

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa

integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 3.3.12 – Pacchetto maternità

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva.

La presente copertura è operante esclusivamente presso le strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici Convenzionati.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- n. 4 ecografie (compresa l'ecografia morfologica);
- analisi clinico-chimiche prescritte per il monitoraggio della gravidanza;
- una prestazione a scelta tra amniocentesi, villocentesi o test
- equivalente (ad esempio Harmony test, Prenatal Safe) fino ad un massimo di € 500,00 (inteso come sottolimito dell'importo annuo a disposizione di seguito indicato);
- n. 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche;
- n. 1 ecocardiografia fetale;
- n. 1 visita di controllo ginecologico post parto;
- n. 2 visite urologiche;
- n.1 ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00. Le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'assicurato.

Art. 3.3.13 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

In caso di infortunio che comporti all'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale assicurato di € 70.000,00.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con d.P.R. n. 1124/1965 e ss.mm.ii.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata alla Società entro 30 giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 3.3.14 – Cure per il neonato nel primo mese di vita

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva.

La Società rimborsa, nell'ambito del massimale di cui *all'art.3.1* e delle garanzie della presente Sezione "A", le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 30° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

Art. 3.3.15 – Indennità da non autosufficienza

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

Ai sensi del presente articolo è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale –in modo permanente e irreversibile – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno tre su sei delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate al successivo art. 3.3.16, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi artt. 3.3.17 e 3.3.18.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'Assicurato necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno tre su sei delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'art. 3.3.16, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio: il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);

- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive (la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche);
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

Quando l'Assicurato si trovi in uno stato di **non autosufficienza consolidata/permanente**, la Società garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria oppure eroga un'indennità forfettaria a risarcimento del danno subito e al rimborso delle eventuali spese sanitarie e sociosanitarie sostenute. La scelta tra le suddette opzioni, alternative tra loro, deve essere effettuata dall'Assicurato, ovvero da un suo congiunto o altro soggetto che lo rappresenta al momento della denuncia del sinistro. È consentito effettuare successivamente un solo cambio entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre.

In ogni caso la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

Art. 3.3.16 – Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona “non autosufficiente” quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, almeno tre delle sei seguenti “attività ordinarie della vita quotidiana”. Per attività ordinarie della vita quotidiana si intendono:

1. *lavarsi*: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. *vestirsi, svestirsi*: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, purché utilizzati in modo autonomo, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. *nutrirsi*: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare usando il piatto e le posate;
4. *andare in bagno*: la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale anche con l'impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo;
5. *mobilità*: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche, purché utilizzate in modo autonomo;

6. *spostarsi*: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo.

Art. 3.3.17 – Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 3.3.16 "*Definizione dello stato di non autosufficienza*", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test *Mini Mental State Examination di Folstein*).

Art. 3.3.18 – Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/ dell'erogazione dei servizi di assistenza.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 3.3.16, se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 3.3.16, se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero o responsabile della struttura, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale. Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.
La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.
Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società, sempreché il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, quando:
 - sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure
 - siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Art. 3.3.19 – Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società così come previsto dall'art. 3.3.16 e dagli artt. 3.3.17 e 3.3.18, questa si impegna a rispettare le tempistiche di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Società invia il questionario da compilare e richiede ulteriore documentazione medica ove necessario;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Società, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;
- entro 90 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, la Società si impegna a dare riscontro all'Assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.

Nel caso l'Assicurato risulti in stato di non autosufficienza così come definito all'art. 3.3.16 e successivi 3.3.17 e 3.3.18, avrà diritto alla prestazione con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'Assicurato si trovava in stato di non autosufficienza già al momento della presentazione della denuncia; diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'Assicurato si trova in stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui l'Assicurato risulti in stato di non autosufficienza così come definito all'art. 3.3.16 e successivi 3.3.17 e 3.3.18, la Società, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza richiederà all'Assicurato, od altro soggetto che lo rappresenta, le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'Assicurato di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da parte della Società dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Assicurato.

Nei casi in cui l'Assicurato non sia in stato di non autosufficienza così come definito all'art. 3.3.16 e successivi 3.3.17 e 3.3.18, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i

motivi, come da valutazione del medico incaricato dalla Società stessa, ed indicando la rivedibilità. Nel caso di lungodegenza, la Società ha facoltà, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, di sottoporre a visita l'Assicurato e di fornire a questo riscontro; in ogni caso, l'Assicurato potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

Art. 3.3.20 – Erogazione delle prestazioni

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate all'art. 3.3.16 e successivi 3.3.17 e 3.3.18, la Società provvederà all'erogazione delle prestazioni, ivi inclusa la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) meglio dettagliate nel successivo art. 3.3.22, nelle forme di seguito indicate:

A. **Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato** con la Società nei limiti dell'importo di € 1.600,00 mensili non rivalutabili e per una durata massima di 60 mesi, indipendentemente dalla durata del contratto oggetto del presente affidamento;

B. **Indennizzo forfettario del danno erogato in forma mensile** previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza, per l'importo di € 1.600,00 mensili non rivalutabili e per una durata massima di 60 mesi indipendentemente dalla durata del contratto oggetto del presente affidamento.

Fermo restando la copertura indicata nei punti A) e B), qualora nel nucleo familiare siano presenti dei figli minori, il periodo di erogazione si intende raddoppiato e comunque tale beneficio aggiuntivo cesserà al compimento del 22° anno di età dell'ultimo dei figli minori. Nel caso siano presenti figli disabili ed inabili a qualsiasi lavoro proficuo, il periodo di copertura si intende triplicato indipendentemente dall'età.

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del termine di erogazione delle prestazioni, quest'ultime saranno sospese dal primo giorno del mese successivo all'avvenuto decesso, fermo restando l'onere per i familiari di darne tempestiva comunicazione alla Società. La Società corrisponderà all'Assicurato quanto dovuto, tramite bonifico bancario in forma mensile anticipata.

Non è ammessa la presentazione di una nuova richiesta di indennizzo per il medesimo evento qualora il relativo sinistro sia già stato liquidato nell'ambito di precedenti coperture assicurative.

Art. 3.3.21 – Casi di non operatività della copertura

Per la copertura “Indennità da non autosufficienza” sono esclusi tutti gli assicurandi che – al momento della prima adesione alla medesima copertura – risultavano già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

Nelle ipotesi sopra indicate, la Società non riconosce le prestazioni assicurate ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di premio non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

È, inoltre, escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo dell'Assicurato;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Cassa, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Oltre a ciò, non sono coperti dalla assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
- Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, *etc.*);
- Incidente di volo se l'Assicurato, sia come militare sia come civile, viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia, tuttavia, è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni con autorespiratore, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
- Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

Art. 3.3.22 – Servizio PAI per la non autosufficienza

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come

definito dall'art. 3.3.16 e successivi, potrà telefonare alla Centrale (entro due settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza) al numero verde dedicato indicato dalla Società (o dall'estero con numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia indicato dalla Società) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito dell'importo mensile previsto e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

La Società intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture socioassistenziali ed anche le indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza.

Il Case Manager provvede inoltre ad inviare all'Assicurato, all'amministratore di sostegno, al tutore legale o al familiare preposto alla cura dell'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socioassistenziali. Il Case Manager è un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche psicosociali o emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

A seguito del contatto telefonico, l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico e del Case Manager. L'attivazione della garanzia avverrà secondo le seguenti modalità:

1) Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con le indicazioni dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti, necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società – nei limiti dell'importo mensile – provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato o dall'amministratore di sostegno, dal tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI. Le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra indicato sono di seguito elencate:

- Assistenza fornita da Infermiere/Operatore Socio-Sanitario/Assistente familiare;

- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni esclusivamente in strutture convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta. -

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle strutture convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento dell'importo massimo previsto una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio, alle strutture prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di una comunicazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, Asl) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espressi dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società provvederà a prenotare tali prestazioni il cui costo resterà a carico dell'Assicurato e invierà, alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con la Società con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente alla sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle strutture convenzionate con la Società ed utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto.

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società nei limiti dell'importo massimo mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove al termine dell'istruttoria risultasse che l'Assicurato abbia bisogno di una terza persona per svolgere due su sei delle attività della vita quotidiana di cui all'art. 3.3.16, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa contenente informazioni rispetto al Comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati con la Società.

Art. 3.3.23 – Sindrome metabolica

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

La polizza prevede per l'assicurato, la possibilità, attraverso la compilazione di un questionario di valutare gli indicatori di “sindrome metabolica”.

La Società provvederà ad analizzare i contenuti del questionario ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione.

La Società fornirà all'Assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli comportamenti e stili di vita più corretti in merito all'attività fisica ed all'alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi;
- proteinuria;

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso di prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica *online* in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito della Società.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con la Società. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale.

Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio dedicato che gli consentirà di accedere, mantenendo i costi a proprio carico, alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate.

Art. 3.4 – Premio

Il premio annuo lordo della presente sezione A, a base di gara, è determinato sulla base delle seguenti specificazioni:

CATEGORIA	PREMIO
<i>Iscritti, Pensionati in attività iscritti alla Cassa, Dipendenti della Cassa</i>	€ 147,00
<i>Pensionati non iscritti in continuità, Dipendenti pensionati Cassa, Dipendenti dei Collegi e Dipendenti dei professionisti iscritti</i>	€ 269,00
<i>Superstiti</i>	€ 202,00
<i>Contributo aggiuntivo per un familiare</i>	€ 269,00
<i>Contributo aggiuntivo per due familiari</i>	€ 467,00
<i>Contributo aggiuntivo per tre o più familiari</i>	€ 596,00

La Società si impegna a consentire il pagamento del premio, nella ipotesi di estensione del piano base al nucleo familiare tramite bonifico bancario o carta di credito.

ALLEGATO ELENCO I – GARANZIE A - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Cassa, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi della polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

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, tra cui a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, in conseguenza delle asportazioni di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B) Interventi per trapianti: tutti.

C) Interventi ortopedici:

1. di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, caviglia, ivi incluso il costo della protesi;
2. amputazione degli arti superiori e/o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
3. disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
4. disarticolazione dell'anca;
5. amputazione addomino-pervica;
6. 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 arterovenosi, fistole artero-venose);

7. endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
8. talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
9. cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
10. neurotomia retrogasseriana;
11. interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
12. interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocèle, mielomeningocèle, 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-giugulari;
18. asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
19. trapianto di nervo;
20. artrodesi vertebrale;
21. risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomia.

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;

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. by pass 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;

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. colecistecomia
7. pancreatite acuta;
8. broncoscopia operativa;
9. resezione epatica;
10. epatico e coledocotomia;
11. interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
12. interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
13. laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
14. interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
15. intervento per mega-esofago;
16. resezione gastrica totale;
17. resezione gastro-digiunale;
18. intervento per fistola gastro-digiunocolica;
19. interventi di amputazione del retto-ano;
20. interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
21. drenaggio di ascesso epatico;
22. interventi chirurgici per ipertensione portale;
23. interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
24. papillotomia per via transduodenale;
25. intervento di asportazione della milza;
26. resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione;
27. tirodectomia totale;
28. resezione pancreatica;
29. interventi di asportazione di ernia ombelicale o epigastrica, complicata o recidiva.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

1. fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
2. intervento per estrofia della vescica;
3. metroplastica;
4. nefroureterectomia radicale;
5. surrenalectomia;
6. interventi di cistectomia totale;
7. interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
8. cistoprostatovesicolectomia e/o resezione endoscopica della prostata;

9. ileocisto plastica;
10. colecisto plastica;
11. isterectomia totale;
12. intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

1. odontocheratoprotesi;
2. timpanoplastica;
3. chirurgia endoauricolare della vertigine;
4. chirurgia translabyrinthica della vertigine.
5. trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
6. chirurgica della sordità otosclerotica;
7. ricostruzione del padigione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi a finalità estetica);
8. reimpianto orecchio amputato;
9. ricostruzione dell'orecchio medio;
10. incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K) Interventi di chirurgia toracica per:

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

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. pseudo cisti e fistole pancreatiche.

ALLEGATO ELENCO II - GARANZIE A - GRAVI EVENTI MORBOSI

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Cassa, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Gravi Eventi Morbosi indennizzabili ai sensi della polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario

A) Infarto miocardico acuto

B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

1. dispnea;
2. edemi declivi;
3. aritmia;
4. angina instabile;
5. edema o stasi polmonare;
6. ipossiemia.

C) Neoplasia maligna.

D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

1. ulcere torbide
2. decubiti;
3. neuropatie;
4. vasculopatie periferiche;
5. infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
6. complicanze oculari.

E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

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.

Inoltre, limitatamente all'iscritto o pensionato non iscritto in continuità, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I) Tetraplegia.

J) Sclerosi multipla.

K) Sclerosi laterale amiotrofica.

L) Alzheimer.

M) Morbo di Parkinson caratterizzato da:

1. riduzione attività motoria;
mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

4. SEZIONE GARANZIE “B”: PIANO COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA ALLE GARANZIE SEZIONE “A” – RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE, DOMICILIARI

Premessa

La Presente sezione ha lo scopo di dare la possibilità di attivare, ad adesione individuale (fatta eccezione per la categoria *Dipendenti della Cassa Geometri* che sono assicurati in forma collettiva anche per la garanzia B), una copertura assicurativa ad integrazione e complemento della garanzia “A”. La stessa ha come presupposto per la sua operatività l’attivazione della garanzia “A”.

Per soggetti assicurati collettivamente dal Piano, devono intendersi, oltre che i dipendenti della Cassa, anche tutti coloro che siano assicurati dalla Cassa in forma collettiva alla garanzia A i quali estendono la copertura anche alla garanzia B.

Art. 4.1 – Massimale

Il massimale Assicurato per il complesso delle garanzie “B” è pari a € 300.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 4.2 – Periodo di carenza

La presente garanzia “B” non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione della attuale copertura o delle precedenti polizze, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della attuale copertura o delle precedenti. Per le forme collettive la presente garanzia “B” opera anche per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione sia per i capo nucleo inseriti in forma collettiva che per i familiari ai quali viene estesa in forma di adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della attuale copertura o delle precedenti.

Le garanzie previste nel contratto oggetto del presente affidamento sono attivate 60 giorni dopo l’adesione, tale carenza non si applica in caso di infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre, il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l’aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l’Assicurato sia stato assicurato nell’annualità precedente con analoga copertura. A conferma della posizione assicurativa di provenienza l’Assicurato dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, attestazione dell’avvenuto versamento del premio assicurativo. I termini di carenza non si applicano alle adesioni in forma collettiva dei capo nucleo e per le eventuali estensioni ai

componenti del nucleo che gli stessi decidessero di attivare.

Art. 4.3 – Ricovero

Art. 4.3.1 – Ricovero in Istituto di Cura

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) **Pre-ricovero:** esami, accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e visite specialistiche nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero;
- b) **Intervento chirurgico:** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
- c) **Assistenza medica, medicinali e cure:** assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medicospecialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero, inoltre tutte le prestazioni sanitarie. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso;
- d) **Rette di degenza:** per i soli ricoveri fuori rete convenzionata la garanzia è prestata con il limite di € 300,00 al giorno più il 50% della eccedenza. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva/semintensiva;
- e) **Accompagnatore:** retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera.
La garanzia è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
- f) **Assistenza infermieristica privata** individuale: assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;
- g) **Post-ricovero:** esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.
Sono compresi in garanzia i medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto

delle dimissioni dall'istituto di cura;

- h) **Per il solo caso di ricovero con intervento chirurgico: 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 € 2.000,00 per ricoveri in Stati della UE ed € 4.000,00 per ricoveri nel resto del mondo.

Art. 4.3.2 – Franchigie e scoperti

Nel caso in cui la prestazione sia resa:

- **In assistenza diretta:**
 - **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano** – così come disciplinato dall'art. 2.5 lettera A – vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati – le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture ed ai medici convenzionati con l'applicazione di uno scoperto pari al 10% con il minimo non indennizzabile di € 300,00 per sinistro con un massimo a carico dell'assicurato di € 2.000,00.
 - **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano** – così come disciplinato dall'art. 2.5 lettera A – vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati – le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture ed ai medici convenzionati con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo non indennizzabile di € 300,00 per sinistro con un massimo a carico dell'assicurato di € 3.000,00.

- **In assistenza indiretta:**
 - **Soggetti assicurati collettivamente dal Piano** - così come disciplinato dall'art. 2.5 lettera B - vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di € 300 e con un massimo a carico dell'Assicurato di € 2.500,00.
 - **Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano** - così come disciplinato dall'art. 2.5 lettera B - vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 30% con il minimo non indennizzabile pari ad € 500,00 e il massimo di € 5.000,00 per sinistro.

- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate:**

le spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari verranno rimborsate senza applicazione di franchigie e scoperti.

Art. 4.3.3 – Day hospital

Nel caso di day-hospital, così come inteso nella sezione “Definizioni”, con o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio), la Società provvede al pagamento delle spese per le

prestazioni previste al punto 4.3.1 della presente sezione. Lo stesso vale per il caso di Day Hospital con intervento chirurgico inferiore o uguale a 3 giorni.

In caso di ricovero in regime di day-hospital senza intervento chirurgico uguale o inferiore a tre giorni, le prestazioni sostenute verranno rimborsate in base a quanto previsto dal successivo art.

4.3.4. È inoltre previsto il rimborso delle spese previste al punto 4.3.1 lett. b).

Art. 4.3.4 – Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 4.3.1 “Ricovero in Istituto di cura”, lettere a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali e cure”, g) “Post-ricovero”.

Art. 4.3.5 – Parto e aborto

1. PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo, la Società liquida le spese per le prestazioni di cui al punto 4.3.1 della presente Sezione lett. b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, d) rette di degenza, g) post-ricovero, h) trasporto con i relativi limiti in essi indicati.

2. PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO

- In assistenza diretta - in caso di parto non cesareo o aborto terapeutico/spontaneo effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società ed effettuate da medici convenzionati, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 4.3.1. “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, h) trasporto; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto.
- In assistenza indiretta - in caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni previste al punto 4.3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, h) trasporto e un numero massimo di due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto, vengono rimborsate con il massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

Art. 4.3.6 - Indennità sostitutiva

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa (ad eccezione degli accertamenti pre e post ricovero di cui sotto), l'Assicurato avrà diritto a un'indennità pari ad € 155,00 e verrà erogata per ogni giorno di ricovero per un massimo di 100 giorni per ricovero.

L'indennità sarà corrisposta anche in caso di day-hospital con o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni.

L'indennità di cui al presente paragrafo non verrà erogata nel caso in cui, per il medesimo ricovero, sia già stata corrisposta l'indennità sostitutiva prevista nella "Sezione A Piano sanitario Base".

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato con le modalità previste al paragrafo *Ricovero in istituto di cura*.

Art. 4.4 – Extra-ospedaliero e domiciliari

Il massimale annuo per le spese Extra Ospedaliero e domiciliari è pari a € 5.000,00 per nucleo familiare. Per le visite specialistiche e gli accertamenti sanitari (lettera B) non rientranti nell'Alta Diagnostica (lettera A) è previsto un sotto limite di € 2.500,00 annuo per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Relativamente alle prestazioni di cui alle lettere A) e B) che seguono:

- **In assistenza diretta** - la Società provvederà al pagamento diretto delle spese relative alla prestazione effettuate, salvo la franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia che dovrà essere pagata direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria.
- **In assistenza indiretta**, vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico, ciclo di terapia e visita specialistica.
- **In strutture del Servizio Sanitario Nazionale** la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

A) ALTA DIAGNOSTICA

La presente garanzia opera solo per le prestazioni non previste già nell'ambito della Garanzia A.

La Società rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

1. Amniocentesi;
2. Angiografia;
3. Arteriografia;
4. Artroscopia;
5. Broncografia;
6. Broncoscopia;
7. Cateterismo cardiacaco;

8. Cisternografia;
9. Cistoscopia;
10. Clisma opaco;
11. Colangiografia;
12. Colangiografia percutanea (PTC);
13. Coronarografia;
14. Colonscopia;
15. Crioterapia;
16. Discografia;
17. Ecocolordoppler;
18. Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
19. Ecografia transrettale;
20. Ecografica transvaginale;
21. Ecografia mammaria;
22. Ecotomografia;
23. Elettrocardiografia;
24. Elettroencefalografia;
25. Elettromiografia;
26. Elettroscopia;
27. Endoscopia;
28. Fistelografia;
29. Flebografia;
30. Fluorangiografia;
31. Holter cardiaco;
32. Holter pressorio;
33. Isterosalpingografia;
34. Linfografia;
35. Mammografia;
36. Moc;
37. Oronografia;
38. OCT oculare;
39. Risonanza Magnetica nucleare;
40. Rx esofago e Rx tubo digerente;
41. Rx stomaco e duodeno;
42. Rx tenue e colon;
43. Scintigrafia;
44. Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);
45. Tomografia a Emissione di Positroni (PET);
46. Urografia;
47. Vesciculodeferentografia;
48. Villocentesi.

Gli accertamenti in elenco si intendono ricompresi, ove clinicamente indicato, anche se effettuati con mezzo di contrasto.

TRATTAMENTI RADIOCHEMIO

TERAPICI, DIALITICI E LASERTERAPICI:

1. Chemioterapia;
2. Dialisi;
3. Laserterapia a scopo fisioterapico;
4. Radioterapia.

B) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, esami di laboratorio e per accertamenti diagnostici, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

È altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco), delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Art. 4.5 – Protesi dentarie da infortunio

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso. In caso di mancanza del referto di PS, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da struttura pubblica o privata alternativa.

La copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale e le spese sostenute verranno rimborsate con il limite di € 600,00 per ogni elemento di protesi dentaria.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

Art. 4.6 – Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessarie da infortunio, certificato da referto del pronto soccorso. In caso di mancanza del referto di PS, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da struttura pubblica o privata alternativa.

La copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale e non verranno applicati scoperti o franchigie.

Art. 4.7 - Cure per il neonato nel primo mese di vita

La Società rimborsa, nell'ambito del massimale della garanzia ricovero di cui all'art. 4.1 della presente Sezione, le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano nelle

garanzie prestate dalla polizza le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse. La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 30° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

Art. 4.8 – Premio

Il premio annuo lordo della presente Sezione B, a base di gara, è determinato sulla base delle seguenti specificazioni:

“Sezione garanzie B”

<i>CATEGORIA</i>	<i>PREMIO (aggiuntivo rispetto al premio della sezione A)</i>
<i>Titolare (Iscritti/ Pensionati in attività iscritti alla Cassa /Dipendenti della Cassa/Pensionati non iscritti in continuità/ Superstiti/ Dipendenti del Collegio/ Dipendente dei professionisti iscritti/ Dipendenti pensionati Cassa</i>	<i>€ 550,00</i>
<i>Nucleo familiare (Titolare+ 1 familiare)</i>	<i>€ 880,00</i>
<i>Nucleo familiare (Titolare + 2 familiari)</i>	<i>€ 990,00</i>
<i>Nucleo familiare (Titolare+ 3 familiari o più)</i>	<i>€ 1.045,00</i>

La Società si impegna a consentire il pagamento del premio, per l'estensione della garanzia “A” al piano integrativo “B”, sia per il solo iscritto che per il nucleo familiare, tramite bonifico bancario o carta di credito.

5. Garanzie accessorie (valide per le “Garanzie A e B”)

1) Servizi di informazione

La Società presterà i seguenti servizi di consulenza attraverso la Centrale Operativa raggiungibile 24 ore su 24, compresi i giorni festivi, attraverso un numero verde nazionale ed internazionale gratuito:

a) Informazioni telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, *etc.*);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce a richiesta dell'Assicurato un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dai presenti piani assicurativi, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa.

Detti servizi verranno forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza in tutto il territorio nazionale, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa con una franchigia di €100,00

e) 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, indennizzabile a termini di polizza, per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un congiunto o altro soggetto indicato dalla famiglia o dallo stesso assicurato residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

f) Invio di medicinali all'estero

Qualora, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato abbia necessità, per la terapia del caso, di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzati e/o reperibili in Italia e/o nello Stato Vaticano), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di

trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

g) 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 organizzare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della Centrale Operativa riterranno più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato, eventualmente anche in barella, tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica;
- treno 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. 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 Società, 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, *etc.* non utilizzato.

h) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una visita specialistica, successivamente ad una consulenza medica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assicurato, al quale lo stesso potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a proprio carico solo se l'evento è escluso dalla polizza).

i) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o malattia, fosse ricoverato presso un Istituto di Cura, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assicurato fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

j) Trasmissione dei messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire dei messaggi urgenti, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi a qualsiasi destinatario indicato dall'Assicurato.