

Allegato 9

**POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA  
AL PIANO SANITARIO BASE CONTRATTO DALLA CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA A FAVORE  
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI**

**Condizioni di assicurazione**

## DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

### **Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'*assicurazione*.

### **Assicurazione**

Il contratto di *assicurazione* sottoscritto dal *Contraente*.

### **Assistenza Infermieristica**

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

### **Provider**

Società che gestisce il servizio di assistenza agli *Assicurati*, provvede alla liquidazione dei *sinistri* per conto di Società ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con gli operatori sanitari che ha convenzionato in Italia ed all'estero.

### **Società**

Società di Assicurazioni.

### **Contraente**

Soggetto tenuto al pagamento del premio alla Società e più precisamente gli Iscritti, i preiscritti, Pensionati attivi, i pensionati non attivi, i superstiti di iscritto alla Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta, i Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa che abbiano attiva la polizza base

### **Carenza – Termini di aspettativa**

Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione della (o l'ingresso in) *assicurazione* e l'inizio della garanzia.

### **Day-hospital/Day Surgery**

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery), eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

### **Franchigia/Scoperto**

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (*franchigia*) ed in percentuale (*scoperto*) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

### **Indennizzo**

La somma dovuta da Società in caso di *sinistro*.

### **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

### **Intervento chirurgico**

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre cruente, manuali o strumentali.

### **Istituto di cura**

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

### **Malattia**

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

**Malformazione – Difetto Fisico**

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della *polizza* (o dell'ingresso in garanzia).

**Massimale**

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, Società presta la garanzia.

**Nucleo familiare**

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, degli iscritti, pre iscritti, Pensionati attivi della CNPADC dei pensionati non attivi della Cassa, superstiti di iscritto della Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta e Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo).

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi fino a 30 anni. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi fino a 30 anni per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Sono inoltre equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, anche i figli del coniuge o del convivente.

**Operatori sanitari**

Le strutture sanitarie (*istituto di cura*, poliambulatorio medico, centro diagnostico) ed i medici chirurghi convenzionati con *XXXXXXXXXXe XXXXXXXXXX* presso i quali l'Assicurato, previo accordo telefonico con gli stessi, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute, previsti dalla *polizza*.

**Polizza**

Il documento che prova l'*assicurazione*.

**Premio**

La somma dovuta dal *Contraente alla Società*.

**Ricovero - Degenza**

Permanenza in luogo di cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.

**Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'*assicurazione* e specificatamente: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico* in *day hospital*, o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie garantite dal contratto.

**Visita specialistica**

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione per diagnosi e prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

## A – CONDIZIONI PARTICOLARI

### A.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* è operante per le spese sostenute dall'*Assicurato* in conseguenza di *malattia* o nel caso di *infortunio* avvenuto durante l'operatività della *polizza* per le prestazioni di seguito indicate e nei limiti di quanto disciplinato dai successivi punti da A.3.1, A.3.2, A.3.3, A.3.4, A.3.5, A.3.7, A.4, A.5 e A.6:

- *ricovero in istituto di cura*, con o senza *intervento chirurgico*, reso necessario anche da parto e comunque che non sia già oggetto della "*polizza base*" stipulata dalla CNAPDC;
- *ricovero* in regime di *day-hospital/day surgery*;
- *intervento chirurgico* ambulatoriale;
- *visite specialistiche* e accertamenti diagnostici che non siano già oggetto della "*polizza base*" stipulata dalla CNAPDC;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di *infortunio*;
- prestazioni odontoiatriche;

A maggior precisazione di quanto precede, **si intendono in ogni caso escluse le prestazioni rientranti nell'elenco sopra esposto che siano già oggetto di copertura della "*polizza base*" stipulata dalla CNAPDC.**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'*Assicurato* può rivolgersi con le modalità riportate al punto D-SINISTRI delle Condizioni Generali:

- a) A strutture sanitarie convenzionate.
- b) A strutture sanitarie non convenzionate
- c) Al Servizio Sanitario Nazionale

### A.2. PERSONE ASSICURATE

Alla presente *assicurazione* possono aderire gli Iscritti, i pre iscritti alla Cassa e Pensionati attivi della Cassa e può essere estesa al loro relativo nucleo familiare, come da definizione, intendendosi per tale il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi di età inferiore a 30 anni come risultanti dal certificato "Stato di famiglia" o da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, **a condizione che essi siano già inclusi nella copertura prestata dalla "*polizza base*" stipulata dalla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti.**

**Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del nucleo familiare.**

**Possano altresì aderire alla presente assicurazione i pensionati non attivi, i superstiti di iscritto alla Cassa titolari di pensione di reversibilità o indiretta, i Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa che abbiano aderito a proprie spese alla polizza base. Gli stessi soggetti possono estendere la presente copertura al relativo nucleo familiare, come da definizione, intendendosi per tale il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi di età inferiore a 30 anni come risultanti dal certificato "Stato di famiglia" o da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, a condizione che essi siano già inclusi nella copertura prestata dalla "*polizza base*".**

**Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del nucleo familiare**

### A.3 RICOVERO

#### A.3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società rimborsa, nei termini e con i limiti previsti in *polizza*, le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni connesse ad un *ricovero in istituto di cura*:

**a) Pre-ricovero:**

Esami di laboratorio, accertamenti diagnostici e *visite* mediche *specialistiche* **effettuati nei 100 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, cure:**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di *ricovero*.

**d) Rette di degenza:**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricorso a *istituto di cura* non convenzionato, la garanzia è prestata **con il limite di € 210 al giorno**. **Nel caso di ricovero in reparto di terapia intensiva, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10%.**

**e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento in *istituto di cura* di un accompagnatore.

**Nel solo caso di ricorso a istituto di cura e/o medici non convenzionati, la garanzia è prestata nel limite di € 52 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

**f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale **nel limite di € 52 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

**g) Post-ricovero**

Esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, **effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla *malattia* o dall'*infortunio* che ha determinato il *ricovero*; entro i medesimi limiti sono altresì compresi in garanzia i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **limitatamente ai casi di ricovero che abbiano comportato un intervento chirurgico.**

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'*istituto di cura*.

### **A.3.2 DAY-HOSPITAL/DAY SURGERY**

In caso di prestazioni praticate in *istituto di cura* in regime di degenza diurna, Società rimborsa le spese sostenute per le prestazioni previste al punto A.3.1 lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero", **a condizione che la fruizione di tali prestazioni sia documentata da cartella clinica con scheda nosologica.**

### **A.3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Società rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto A.3.1 lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali e cure", g) "Post-ricovero".

#### **A.3.4 PARTO E ABORTO**

In caso di parto cesareo o di aborto indennizzabili a termini di polizza, Società rimborsa le spese sostenute per le prestazioni previste al punto A.3.1 lett. b) “*Intervento chirurgico*”, c) “*Assistenza medica, medicinali e cure*”, g) “*Post-ricovero*”, **nel limite di € 5.000, previa applicazione di scopertie franchigie previsti per il regime di ricovero al successivo punto A.3.9.**

In caso di parto naturale avvenuto in *istituto di cura*, **le suddette spese sono rimborsate nel limite di € 5.000**, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### **A.3.5 TRAPIANTI**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi reso necessario da *malattia* o da *infortunio*, Società rimborsa le spese previste al punto 3.1 “*Ricovero in istituto di cura*” nonché:

- se l’*Assicurato* è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese del donatore vivente;

- se l’*Assicurato* è donatore: le sue spese di *ricovero* e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.

**Si intendono operanti i limiti di indennizzo previsti dal punto A.3.9**

#### **A.3.6 INDENNITÀ SOSTITUTIVA**

Qualora le spese di *ricovero* siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Società corrisponde – in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai punti A.3.1, A.3.4, A.3.5 – unadiaria di € 100 per ciascun pernottamento in *istituto di cura*, **con il massimo di 100 pernottamenti per anno assicurativo e per persona nell’ambito del massimale operante.**

In caso *ricovero* in regime diurno di *day hospital/day surgery*, previsto al punto A.3.2, **la diaria è ridotta del 50%** e viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna **con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per persona assicurata nell’ambito del massimale operante.**

**In ogni caso la diaria per indennità sostitutiva non cumula con le prestazioni descritte ai punti A.3.1, A.3.2, A.3.4 e A.3.5.**

L’*Assicurato* ha facoltà di richiedere alternativamente la corresponsione della diaria oppure il rimborso delle spese sostenute per le suddette prestazioni.

#### **A.3.7 PROSECUZIONE DELLA GARANZIA OLTRE LA SCADENZA**

Qualora il *ricovero* abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell’*assicurazione* stessa sino a quando l’*Assicurato* venga dimesso dall’*istituto di cura*, **e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza del contratto.**

#### **A.3.8 MASSIMALE**

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

#### **A.3.9 – LIMITI DI INDENNIZZO DELLE PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**

a) Utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati:

- In caso di *ricovero*, compreso *day hospital/day surgery*, **qualora l’Assicurato abbia un’età superiore ai 75 anni, viene applicata una franchigia di € 1.200 che rimane a carico dell’Assicurato e che egli deve versare direttamente alla struttura sanitaria o all’equipe medica.**
- In caso di *intervento chirurgico* ambulatoriale, per tutti gli *Assicurati* le prestazioni di cui al punto A.3.3 vengono liquidate **previa applicazione di una franchigia di € 100 che rimane a carico dell’Assicurato.**

b) Utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionate:

- Le spese sostenute dall’*Assicurato* per *intervento chirurgico* in regime di *ricovero* vengono rimborsate, **previa applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 250 e il massimo non**

indennizzabile di € 2.500, che rimane a carico dell'Assicurato.

Per gli Assicurati di età superiore ai 75 anni, fermo lo scoperto del 10%, il minimo non indennizzabile viene elevato a € 1.500 e il massimo non indennizzabile a € 5.000.

- In caso di trapianto, ricovero senza intervento chirurgico, parto cesareo e aborto indennizzabile, day-hospital/day surgery, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

Per gli Assicurati di età superiore ai 75 anni, fermo lo scoperto del 20%, è previsto un minimo non indennizzabile di € 1.500 che rimane a carico dell'Assicurato, ed un massimo non indennizzabile di € 5.000.

- Le spese sottoelencate di cui al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura":
  - lett. d) Rette di degenza,
  - lett. e) Accompagnatore,
  - lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale,vengono rimborsate nei limiti indicati alle singole prestazioni.
- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 150 che rimane a carico dell'Assicurato.

#### c) Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

In 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., Società corrisponde la diaria prevista al punto A.3.6 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per ticket sanitari, e richieda il rimborso di tali spese, Società rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale assicurato; in questo caso non viene corrisposta l'"indennità sostitutiva", così come indicato al punto A.3.6.

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) "Utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati" o alla lett.

b) "Utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati".

## A.4 - EXTRARICOVERO

### A.4.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

In assenza di ricovero, compreso day hospital/day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche e accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o da infortunio, con l'esclusione delle visite ginecologiche, pediatriche e di visite e accertamenti odontoiatrici. (Per l'odontoiatria si rimanda ai successivi punti A.4.3 e A.4.4).

Per le visite oculistiche la garanzia è operante con il limite di una visita oculistica per anno assicurativo e per nucleo familiare (sono escluse le spese per misurazione/controllo del visus effettuate da optometrista nonché le spese per lenti - anche a contatto - e montature).

Sono esclusi altresì dalla copertura gli accertamenti diagnostici che siano oggetto della "polizza base" stipulata dalla CNAPDC.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sempre che risulti dalla prescrizione medica il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

In caso di utilizzo di medici e poliambulatori entrambi convenzionati, per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società previa applicazione di una franchigia di € 30 per ciascun accertamento, visita o serie di essi risultante da unica prescrizione medica, che rimane a carico dell'Assicurato.

In caso di utilizzo di medici e/o poliambulatori non convenzionati, Società rimborsa le spese sostenute nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 51,65 per ogni prestazione o ciclo di prestazioni prescritte da unica

**prescrizione medica, che rimane a carico dell'Assicurato.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato **purché di importo complessivo non inferiore a € 25**. Tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso dell'anno assicurativo più tickets relativi al medesimo Assicurato.

#### **A.4.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO**

Società provvede al rimborso delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici riabilitativi, resi necessari da *infortunio* certificato da referto di Pronto Soccorso Pubblico, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

**La garanzia è operante esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture e medici entrambi convenzionati, con preventivo contatto telefonico della Centrale Operativa da parte dell'Assicurato.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime, **previa applicazione di una franchigia di € 40 per ogni ciclo fisioterapico che rimane a carico dell'Assicurato e deve essere da questo corrisposta alla struttura.**

**La presente garanzia opera nell'ambito del massimale di € 350 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

#### **A.4.3 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

Società garantisce a ciascun Assicurato, **esclusivamente facendo ricorso a centri odontoiatrici e medici entrambi convenzionati con preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa, una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale (detartrasi) per ciascuna annualità assicurativa.**

**La Società provvede alla prenotazione in base alle disponibilità dell'Assicurato e del centro odontoiatrico.**

Queste prestazioni vengono liquidate nella c.d. forma diretta, senza alcuna anticipazione di spesa da parte dell'Assicurato.

**Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società in caso di mancato preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa, ovvero in caso di utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati.**

#### **A.4.4 CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO**

A parziale deroga di quanto disciplinato dal punto C.2 — Esclusioni, Società rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche rese necessarie a seguito di infortunio comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico.

La garanzia opera **fino alla concorrenza del massimale di € 2.500 per anno assicurativo e nucleo familiare, previa applicazione di uno scoperto pari al 20% con il minimo di € 150.**

La garanzia opera **esclusivamente facendo ricorso a centri odontoiatrici e medici entrambi convenzionati e con preventivo contatto telefonico con la Centrale Operativa.**

#### **A.4.5 SERVIZI DI ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE CONVENZIONATE Servizio Network**

##### **odontoiatrico**

Società accorda agli Assicurati e ai relativi familiari (anche se non assicurati con la presente polizza) un servizio di accesso e l'utilizzo del proprio Network odontoiatrico e della relativa tariffa di convenzionamento.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network odontoiatrico l'Assicurato dovrà:

- accedere al sito ..... inserendo il codice PIN univoco in suo possesso;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta della clinica o del poliambulatorio presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu la città ed il raggio chilometrico di ricerca;
- Stampare il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso la struttura, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa convenzionata prevista, con costi totalmente a carico

dell'Assicurato, il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di Società.

### **Servizio Network di fisioterapisti**

Società accorda agli Assicurati e ai relativi familiari (anche se non assicurati con la presente polizza) per un servizio di accesso e l'utilizzo del proprio Network di fisioterapisti e delle relative tariffe di convenzionamento riportate nella scheda di ciascun fisioterapista, come pubblicato sul sito di seguito indicato.

Il servizio oggetto della presente appendice può essere attivato unicamente tramite accesso alla rete web seguendo le istruzioni operative di seguito riportate.

Per l'utilizzo del network convenzionato l'Assicurato dovrà:

- accedere al sito ..... inserendo il codice PIN univoco in suo possesso;
- esclusivamente al primo accesso l'Assicurato inserisce i suoi dati anagrafici;
- l'Assicurato può effettuare la scelta della clinica o del poliambulatorio presso il quale effettuare le cure selezionando dal menu la città ed il raggio chilometrico di ricerca;
- Stampare il voucher in .pdf che, presentato in forma cartacea presso la struttura, dà diritto alla prestazione che verrà fattura con applicazione della tariffa convenzionata prevista, con costi totalmente a carico dell'Assicurato, il quale provvederà al saldo della fattura senza che essa sia ammessa ad indennizzo da parte di Società.

## **A.6 PREMI**

Il premio annuale per Assicurato è pari a:

- € XXXXXX se l'età è pari o inferiore a 14 anni;
- € XXXXXX se l'età è compresa tra 15 anni e 25 anni;
- € XXXXXX se l'età è superiore a 25 anni.

## **B - CONDIZIONI GENERALI**

### **B.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno indicato in *polizza*.

Il premio iniziale deve essere versato dal Contraente entro e non oltre il 31 Marzo di ciascuna annualità, in base al numero di adesioni raccolte entro il 28 Febbraio ed in funzione ai premi per persona indicati al precedente punto A.6.

**Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..**

### **B.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA – PERIODI DI CARENZA**

Fermo quanto disciplinato dal secondo comma del presente punto e dai punti B.1 e C.2, la garanzia opera dalle ore 00:00 del 1 gennaio 2023 per tutti gli Assicurati che aderiscano alla convenzione entro le ore 24:00 del 28/2/2023.

Parimenti avverrà per le successive annualità assicurative.

**Le adesioni pervenute oltre il termine del 28 febbraio di ciascun anno, non saranno considerate valide e pertanto l'eventuale premio versato verrà restituito.**

**La totalità dei componenti del nucleo familiare dei soggetti che possono aderire alla presente copertura, così come disciplinato al punto A.2 deve essere inserita nella polizza contestualmente all'adesione del titolare di polizza; non è possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari in data successiva a quella di effetto della garanzia per soggetti che possono aderire alla presente copertura come così come disciplinato al punto A.2, ad eccezione dei seguenti casi:**

- costituzione/estensione del nucleo familiare a seguito di matrimonio o nuova convivenza more uxorio (certificati da Stato di famiglia) o autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.

445/2000;

-nascita di un figlio convivente.

L'inclusione dei familiari nei due casi sopra previsti, potrà avvenire dalle ore 24 del giorno di pagamento del relativo *premio* che viene computato come di seguito descritto:

- 100% del *premio* annuo di cui al punto A.6 per le inclusioni in copertura avvenute nel primo semestre dell'annualità assicurativa;
- 60% del *premio* annuo di cui al punto A.6 per le inclusioni in copertura avvenute nel secondo semestre dell'annualità assicurativa.

Al termine di ciascuna annualità assicurativa l'assicurato (e relativo nucleo se assicurato), può decidere di non rinnovare la copertura per l'annualità successiva. **Tuttavia, tale scelta comporta l'impossibilità di riattivare la copertura per tutta la durata residua della convenzione stipulata tra Società e CNAPDC.**

**La garanzia – nei confronti del singolo Assicurato – decorre:**

- per gli *infortuni* dalle ore 00:00 del giorno di effetto dell'*assicurazione* (o dalle ore 24 del giorno del successivo inserimento in garanzia);
- per le *malattie* diverse da quelle indicate nell'alinea successivo, **dalle ore 24 del 30° giornosuccessivo a quello di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in garanzia);**
- per il parto o le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio **dalle ore 24 del 300° giornosuccessivo a quello di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in garanzia);**

Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza dell'*assicurazione*, la garanzia — con riferimento agli eventi citati — è prestata nei termini normali previsti (rischio compreso).

**In caso di ricovero o di altre prestazioni sanitarie previste in polizza verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* anche per prestazioni loro connesse ed effettuate oltre i periodi suddetti.**

Le carenze sopra indicate si intendono non operanti nel caso in cui l'Assicurato risultasse già in copertura al 31/12/2022 salvo le maggiori somme o le diverse garanzie/prestazioni rispetto alla copertura precedente.

### **B.3 DURATA DEL CONTRATTO**

La convenzione ha durata 3 anni, decorre quindi dalle ore 00:00 del 1 gennaio 2023 ed avrà scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2025; si conviene di non rendere operante il regime di tacito rinnovo, pertanto in tale data, la convenzione cesserà i propri effetti senza necessità di alcuna preventiva ulteriore comunicazione, sempre che rimanga in vigore la copertura BASE. La Convenzione sarà da intendersi automaticamente rinnovata a medesimi patti, prezzi e condizioni per ulteriori 24 mesi quindi fino alle ore 24:00 del 31/12/2027 solo in caso di comunicazione dell'esercizio dell'opzione di rinnovo della polizza base da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti (CNPADC) e resterà quindi in vigore per l'ulteriore periodo di rinnovo sempre che rimanga in vigore la polizza base.

Salvo quanto previsto al punto B.2, per tutti gli aderenti alla copertura, questa avrà scadenza alle ore 00 del 01/01 di ogni anno, indipendentemente dal momento di adesione alla convenzione.

Le nuove adesioni o i rinnovi di quelle già effettuate nelle annualità precedenti, devono essere effettuate ogni anno entro il 28 febbraio.

Qualora intervengano modifiche al contratto gli *assicurati* hanno la facoltà di recesso alla scadenza della successiva annualità assicurativa.

### **B.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il *Contraente* deve comunicare a Società eventuali aggravamenti del rischio, ivi comprese le variazioni relative al luogo

di residenza delle persone assicurate, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

#### **B.5 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della *polizza* debbono essere provate per iscritto.

#### **B.6 ONERI FISCALI**

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

#### **B.7 FORO COMPETENTE**

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede Società.

#### **B.8 ALTRE ASSICURAZIONI**

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

#### **B.9 TERMINI DI PRESCRIZIONE**

Il termine di prescrizione dei *sinistri* relativi alla presente *polizza* è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c..

#### **B.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### **B.12 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE**

Nel caso in cui gli *Assicurati* sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei *premi* o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, **il *Contraente* si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.**

**Il *Contraente* si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate da Società, a rendere note tempestivamente agli *Assicurati* le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa.**

### **C - LIMITAZIONI**

#### **C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'*assicurazione* vale in tutto il mondo.

#### **C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**

L'*assicurazione* non comprende le spese sostenute per:

- 1 le conseguenze di:
  - *infortuni* occorsi,
  - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche e esami clinici (strumentali o di laboratorio),prima dell'effetto dell'assicurazione;
- 2 le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia nei confronti del singolo *Assicurato*;

- 3 infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 4 sieropositività da virus H.I.V.;
- 5 *infortuni* derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico;
- 6 *infortuni* occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;
- 7 patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali o da esaurimento nervoso; psicoterapia e psicoanalisi;
- 8 aborto volontario non terapeutico;
- 9 cure dentarie (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle parodontopatie, protesidentarie in ogni caso, salvo quanto previsto ai punti A.4.3 e A.4.4.
- 10 acquisto, riparazioni e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari;
- 11 malattie professionali di cui al D.P.R. n° 336/94;
- 12 il trattamento delle *malattie* o intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- 13 le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resinecessari da infortunio o neoplasia indennizzabili), dietologiche e fitoterapiche;
- 14 le conseguenze di:
  - atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
  - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili); atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
  - trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazione di particelle atomiche (salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche);
  - guerre ed insurrezioni;
  - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

### **C.3 LIMITI DI ETÀ' – PERSONE NON ASSICURABILI**

Non è previsto alcun limite di età per gli iscritti alla Cassa, i pre iscritti alla Cassa e i pensionati attivi della Cassa mentre **viene convenuto un limite di 80 anni di età per il coniuge o convivente more uxorio, e di 30 anni per ciascun figlio convivente.**

**Viene altresì convenuto un limite di 80 anni di età per i pensionati non attivi della CNPADC, per i Dottori Commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa (tenuti al versamento del solo contributo integrativo) per i superstiti di iscritto titolare di pensione di reversibilità o indiretta e per il coniuge o convivente more uxorio, e di 30 anni per ciascun figlio convivente;** per gli *Assicurati* che raggiungano il limite di età in corso di copertura, la garanzia opera fino al termine dell'annualità assicurativa.

**Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, e dalle seguenti infermità mentali; sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun indennizzo è dovuto da Società.**

## **D – SINISTRI**

### **D.1 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

L'*Assicurato* deve presentare denuncia a Società entro 120 giorni dall'evento.

La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica; per cure effettuate all'estero le eventuali traduzioni della stessa saranno effettuate a cura dell'*Assicurato*.

L'*Assicurato*, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società equalsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Assicurato* stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica.

Le spese relative ai certificati medici sono a spese dell'*Assicurato*.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo *Assicurato* e ad un solo evento patologico.

## **D.2 LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO**

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

- Ricorso a strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati (la relativa procedura di denuncia e liquidazione è disciplinata al successivo punto D.3)
- Ricorso a strutture sanitarie e/o medici non convenzionati (la relativa procedura di denuncia e liquidazione è disciplinata al successivo punto D.4)
- Ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (la relativa procedura di denuncia e liquidazione è disciplinata al successivo punto D.5)

## **D.3 UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI**

Per le prestazioni di cui ai punti 4.1.1 (Visite e Accertamenti Diagnostici) è data possibilità all'*Assicurato* di usufruire del servizio di pagamento in forma diretta attivato direttamente presso la struttura sanitaria (senza necessità di telefonare alla società).

È necessario contattare, almeno 3 giorni prima, la struttura sanitaria per prenotare la prestazione comunicando la volontà di attivare il servizio Diretta; contestualmente occorre fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail.

La struttura provvederà ad inoltrare la richiesta di attivazione della diretta al Network.

La Società fornirà una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento. A

Al momento dell'esecuzione della prestazione presso la struttura sanitaria, l'*Assicurato* deve sottoscrivere la "Richiesta di prestazione" / Presa in carico.

Per le altre prestazioni per le quali è previsto il pagamento in forma diretta, prima di accedere alla struttura sanitaria **l'*Assicurato* deve sempre telefonare - con un preavviso telefonico di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'Estero) prima della data del ricovero o di erogazione della prestazione extra ricovero – alla Centrale Operativa** ai seguenti numeri telefonici:

- ◆ dall'Italia: Numero Verde
- ◆ dall'estero: Prefisso internazionale

la centrale Operativa è a disposizione degli *Assicurati*:

- ◆ dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 13 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, **l'*Assicurato* si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione"**, che costituisce la prima denuncia del *sinistro*.

Al momento della dimissione **l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia).**

La Società provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; curerà in seguito la restituzione all'*Assicurato* della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

A tal fine l'*Assicurato* delega la società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche

sostenute, coperte dalle garanzie di polizza. La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il *massimale* assicurato o non autorizzate.

**Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto, prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.**

La Società è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- ◆ qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati (c.d. "forma mista") deve provvedere in proprio al pagamento delle spese sostenute, che, al ricevimento della relativa documentazione, sono rimborsate dalla Società a termini di polizza;
- ◆ le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico previste al punto A.3.1 lett. a), lett. f) e lett. g) non sono pagate direttamente, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero o dell'intervento chirurgico cui si riferiscono;
- ◆ nel caso in cui la Società non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese;
- ◆ l'Assicurato che si avvale delle prestazioni del Provider, delega la Società a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- ◆ qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Società.

#### **D.4 UTILIZZO DI STRUTTURE E/O MEDICI NON CONVENZIONATI**

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori) e 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) del Codice Civile, l'Assicurato deve - **aguarigione clinica avvenuta - inviare la denuncia alla Società, allegando la documentazione medica e delle spese.**

In particolare, l'Assicurato deve fornire:

- ◆ copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;
- ◆ copie fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate, a cui seguirà indicazione della liquidazione effettuata.

#### **RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD**

L'Assicurato, una volta in possesso delle credenziali (login e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

#### **RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA**

Si ricorda che per coloro che non dispongano di un accesso ad Internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo) ovvero attraverso l'invio di tutta la documentazione direttamente a .....

In caso di ricorso ad attività libero-professionale "intramoenia" con utilizzo di medici non convenzionati, operano le modalità liquidative descritte al presente punto.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

**La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extra ricovero di cui al punto A.4.1.**

Ricevuta la documentazione la Società provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza.

Qualora, in 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 l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), **applicando il disposto:**

- del punto A.3.9 lett. b) "Utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale, relativamente alle prestazioni connesse al ricovero;

- del punto A.4.1 laddove si disciplinano franchigie/scoperti applicabili in caso di utilizzo di poliambulatori e/o medici non convenzionati, per le prestazioni *visite specialistiche* e accertamenti diagnostici.

#### **D.5 UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Per le prestazioni previste dal punto A.3 Ricovero, le cui spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **l'Assicurato deve presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato della cartella clinica conforme all'originale, per ottenere la corresponsione della prestazione "Indennità sostitutiva" nei termini di cui al punto A.3.6.**

Per le prestazioni previste dal punto A.4 Extra ricovero, vale quanto disciplinato al punto A.4.1 ultimo comma.

#### **D.6 CONTROVERSIE**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### **D.7 DATA DEL SINISTRO**

Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende il giorno in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico in day hospital/day surgery* o l'*intervento chirurgico* ambulatoriale; per le prestazioni extra ricovero si intende la data della prima prestazione sanitaria erogata.

**La Società effettua, nei limiti del massimale annuo, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro, e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza del contratto.**