

Capitolato riguardante il Piano sanitario dei Dipendenti in servizio, in quiescenza e degli assegnisti di ricerca e borsisti del Consiglio Nazionale delle Ricerche

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei Dipendenti dell'Amministrazione con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, assegnati presso le sedi del CNR in Italia ovvero all'estero, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione, ed il relativo onere economico è assunto dall'Amministrazione.

Ciascun Dipendente ha la facoltà di rinunciare ai benefici derivanti dalla presente copertura sanitaria, mediante dichiarazione da rendere all'Amministrazione entro 30 giorni dalla comunicazione ai dipendenti del CNR della aggiudicazione della gara. Successivamente alla stipula del contratto da parte del CNR, il Dipendente rinunciario potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria ovvero, nel caso di personale assegnato presso sedi CNR all'estero, per effetto del trasferimento in Italia.

Il numero dei dipendenti complessivamente da assicurare, secondo l'ultimo dato aggiornato al **30/05/2019**, è pari a 8.641 unità. Di seguito si riporta una suddivisione per categorie di dette unità

Numero Dipendenti	
F	4.040
M	4.601
Totale	8641

Età Media	
Tutti	50,89
F	50,64
M	51,11

Distribuzione Territoriale	
CENTRO	3.486
NORD	2.072
SUD	3.044
ESTERO	39
Totale	8.641

Si precisa che tali valori sono puramente indicativi ai fini della formulazione dell'offerta da parte del concorrente.

1.1. Estensione facoltativa dell'assicurazione a soggetti diversi

L'assicurazione può essere estesa, **con versamento del relativo contributo a carico dell'assicurato e mediante compilazione e invio dell'apposito modulo di adesione**, ai seguenti soggetti:

- coniuge o convivente more uxorio e figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia;
- coniuge o convivente more uxorio che per motivi di lavoro non siano conviventi;
- figli non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;
- figli fiscalmente a carico non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;
- genitori del dipendente, purché risultanti dallo stato di famiglia;
- personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza; in questo caso l'ex dipendente usufruirà delle medesime condizioni di polizza dei dipendenti fino alla scadenza dell'annualità riferita alla cessazione dal rapporto di lavoro;
- personale posto in quiescenza successivamente al 22/09/2010;
- titolari di assegni di ricerca, borse di studio e loro familiari alle condizioni descritte ai punti sopra citati a), b), c) d) ed e).

Assegnisti/Borsisti			
Genere	ASSEGNO	BORSA	TOTALE
M	767	138	905
F	750	199	949
Totale	1517	337	1854

Personale posto in quiescenza successivamente al 22/09/2010, il cui numero, secondo l'ultimo dato aggiornato al 30/05/2019

Personale C.N.R. in quiescenza dal 23/09/2010 al 30/05/2019

Genere	U.d.P.
Donne	443
Uomini	878
	1.321

L'estensione ai familiari verrà operata a prescindere se i familiari siano o meno fiscalmente a carico del Dipendente.

Nel caso di estensione ai familiari non vige l'obbligo di includere tutte le persone, come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia.

Successivamente alla stipula del contratto di assicurazione, il familiare potrà subentrare nel contratto stesso esclusivamente alla scadenza di ciascuna annualità.

Alla scadenza di ogni annualità del contratto, i familiari potranno essere esclusi dal contratto stesso, in questo caso non potranno più essere reinseriti.

Quantità potenziali fruitori polizza sanitaria con relativo contributo a carico del dipendente:

A) Familiari del dipendente - Potenziali Fruitori

Tipo Rapporto Parentela	Anno 2018
CONIUGE	5111
CONVIVENTE (con contratto di convivenza)	5
FIGLIO LEGITTIMATO (figlio del coniuge)	12
FIGLIO (legittimo, naturale, adottivo)	9316
FRATELLO/SORELLA (orfano di entrambi i genitori)	29
GENITORE (del dipendente)	204
NIPOTE (di nonno)	17
SUOCERO/A	9
FIGLIO AFFIDATO o AFFILIATO	4
TOTALE	14707

B) Familiari Dipendenti CNR Iscritti nel periodo 2016 - 2018 alla polizza Unisalute

2016	
Coniugi/conviventi	999
Figli fino a 2	1001
Figli da 3	179
genitori	34
TOTALE	2213

2017	
coniugi/conviventi	975
figli fino a 2	967
figli da 3	176
genitori	33
TOTALE	2151

2018	
coniugi/conviventi	988
figli fino a 2	1005
figli da 3	187
genitori	35
TOTALE	2215

Nota:

f) familiari del personale posto in inquiscenza

I familiari del personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza potranno usufruire delle stesse condizioni del familiare del dipendente fino alla scadenza della prima annualità. Successivamente alla prima annualità potranno richiedere l'iscrizione alla polizza in qualità di familiari di pensionati CNR ed alle condizioni ivi previste.

g) Inclusione Pensionati iscritti alla precedente Polizza

I pensionati ex dipendenti CNR già iscritti alla Polizza sanitaria precedente possono usufruire, con pagamento del premio a proprio carico e su richiesta, delle condizioni previste dalla presente Polizza.

h) Inclusione Assegnisti di ricerca e Borsisti CNR

I titolari di assegni di ricerca e borse di studio alla data di effetto del Piano sanitario possono usufruire, con pagamento del premio a proprio carico e su richiesta, delle condizioni previste dalla presente Polizza. Per i titolari di assegni di ricerca o borse di studio con decorrenza successiva alla data di effetto del Piano sanitario, la copertura assicurativa decorrerà dal giorno della titolarità del contratto, sempreché questa venga comunicata alla Società entro 90 giorni. Qualora la titolarità del contratto venga comunicata successivamente, la copertura decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

2. Adesione di altre Amministrazioni Pubbliche

La Società aggiudicataria si impegna a praticare le medesime condizioni contrattuali previste nel presente capitolato tecnico, nel disciplinare di gara e negli altri atti di gara, in favore degli altri Enti pubblici di ricerca che ne manifestano l'interesse. L'Amministrazione non assume alcun onere, obbligo o responsabilità in merito alla conclusione e/o all'esecuzione e/o gestione del contratto di assicurazione tra la Società aggiudicataria e gli altri Enti pubblici di ricerca, tanto nei confronti dell'una che degli altri.

Il Contratto di assicurazione che l'amministrazione stipulerà con la società aggiudicataria resta del tutto autonomo ed è indipendente dagli eventuali contratti di assicurazione conclusi con gli Enti pubblici di ricerca.

3. Oggetto dell'assicurazione

Le prestazioni oggetto dell'assicurazione sanitaria sono determinate dal presente paragrafo.

La società deve fornire un servizio di accesso ad una rete di strutture sanitarie convenzionate nella quale gli assicurati possono usufruire dei servizi assicurativi. Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie convenzionate con la società;
- b) Strutture sanitarie non convenzionate con la società;
- c) Servizio sanitario Nazionale.

Il contratto di assicurazione è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti

coperture: ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
trasporto sanitario
day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
trapianti a seguito di malattia e infortunio;
parto e aborto terapeutico e
spontaneo; prestazioni di alta
specializzazione:
visite specialistiche e accertamenti diagnostici; trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
assistenza infermieristica
domiciliare; protesi ortopediche e
acustiche; malattie oncologiche;
cure dentarie da
infortunio;
odontoiatria/ortodonzia;
servizi di consulenza e assistenza.

Il contratto di assicurazione è operante per i pacchetti prevenzione effettuati presso Strutture convenzionate come sotto specificato.

3.1 Ricovero

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle prestazioni sotto indicate fino alla concorrenza del massimale di euro 350.000, per anno assicurativo per nucleo familiare.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
b) Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
c) Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella copertura nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico (salvo quanto previsto per le patologie vascolari anche intracraniche di seguito descritte).

d) Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 450,00 al giorno.
e) Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con La Società, la copertura è rimborsata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 90 giorni per ricovero.
f) Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico (salvo quanto previsto per le patologie vascolari anche intracraniche di seguito descritte). Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Nel caso di patologie vascolari anche intracraniche (malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose, aneurismi arteriosi o arterovenosi stenosi ad ostruzione arteriosa simpatectomia cervico-toracica, lombare ecc), anche in assenza di intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese descritte al punto 3.1 lett. a, c,d ed e.

3.1.1 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.000,00** per ricovero.

3.1.2 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 3.1 "Ricovero" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.3 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 3.1. "Ricovero" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e 3.1.1 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.4 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la Società copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.1.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

Nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con La Società o in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 7.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Tale limite non è operante in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società ed effettuate da medici convenzionati.

Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura "Trasporto sanitario".

In caso di parto fisiologico, parto cesareo, aborto terapeutico e aborto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, la Società provvede al pagamento o al rimborso, senza scoperti o franchigie delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 3.1 "Ricovero" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza" "Accompagnatore", "Post-ricovero", e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

Modalità di erogazione delle prestazioni:

- Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

- Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con La Società

Le prestazioni vengono rimborsate con uno scoperto del 20% ad eccezione delle coperture riferite alle sopra descritte lettere d) "Retta di degenza" ed e) "Accompagnatore" ed ai sopra descritti punti 3.1.1 "Trasporto sanitario" e 3.1.5 "Parto e aborto" che vengono rimborsate all'assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva sotto descritta (paragrafo 3.1.6).

3.1.6 Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a La Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **60** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura. **Tale indennità non verrà erogata in caso di day-hospital.**

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare: Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) - con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico; Dimissione domiciliare protetta (DOP) - con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

3.2 Prestazioni di alta specializzazione

Il massimale per annualità assicurativa a disposizione per la presente copertura è di € 4.000,00 per ciascun componente il nucleo familiare (massimale per persona)

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”) Angiografia Artrografia Broncografia Cisternografia Cistografia Cistouretrografia Clisma opaco Colangiografia intravenosa Colangiografia percutanea (PTC) Colangiografia trans Kehr Colecistografia Dacriocistografia Defecografia Discografia Fistolografia Flebografia Fluorangiografia Galattografia Isterosalpingografia Linfografia Mielografia Pneumoencefalografia Retinografia Rx esofago con mezzo di contrasto Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto Rx tenue e colon con mezzo di contrasto Rx tenue e colon con mezzo di contrasto Rx torace Gastroscopia Rettoscopia Colonscopia Scialografia Splenoportografia Tomografia logge renali Tomoxerografia Tomografia torace Tomografia in genere Urografia	 Vesciculodeferentografia Videoangiografia Wirsunggrafia Accertamenti Amniocentesi Densitometria ossea computerizzata (MOC) Ecocardiografia Elettroencefalogramma Elettromiografia Mammografia o Mammografia Digitale PET Prelievo dei villi coriali Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) Scintigrafia Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) Terapie Chemioterapia Cobaltoterapia Dialisi Laserterapia a scopo fisioterapico Radioterapia
---	---

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con La Società

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato allegghi alla copia della

documentazione di spesa (fattura/ricevuta), la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

3.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio (non rientranti tra quelli elencati al precedente paragrafo 3.2 "Prestazioni di alta specializzazione") con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse dalla Società, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con La Società

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico con un minimo non indennizzabile di 70 euro per ciascuna visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Si considera unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a una medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla società in unica richiesta di rimborso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket), la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

3.4 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per ciascuna persona iscritta (massimale per persona).

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da La Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con La Società

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **50%**. Per ottenere il rimborso da parte di La Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

3.5 Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare a seguito di malattia e infortunio, prescritta da sanitario e praticata da personale infermieristico qualificato, nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per anno associativo e nucleo familiare.

3.6 Protesi

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nonché di protesi necessarie a ristabilire al meglio la situazione fisica precedente a seguito di interventi oncologici (es. seno, naso ecc). Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% per ogni fattura/persona.

Per la seguente copertura non è operante alcun massimale di spesa annuo e non è richiesta alcuna prescrizione medica.

3.7 Malattie oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche (anche farmacologiche).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con La Società

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società o di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 20.000,00 per nucleo familiare.

Nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, opera un sotto massimale annuo di € 5.000,00 per nucleo familiare da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto previsto al precedente capoverso.

3.8 Prevenzione

1. Prevenzione delle patologie cardiovascolari e diabete legate al sovrappeso e all'obesità (sindrome metabolica)

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle prestazioni nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di sindrome metabolica non ancora conclamata quali ad esempio il colesterolo HDL, il colesterolo totale, la glicemia e i trigliceridi. In caso di sindrome metabolica conclamata, copertura integrale delle visite o accertamenti che si rendessero necessari.

2. Prevenzione dell'obesità infantile

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle spese necessarie alla effettuazione del programma per la prevenzione dell'obesità infantile per i minori di 4 ai minori di 18 anni con questionario volto a rilevare se il minore si trova in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso. Nel caso in cui il minore si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, possibilità di effettuare annualmente in garanzia di polizza una visita specialistica dal pediatra/dietologo.

3. Servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche.

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati del servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici

in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ecc. rivolto agli assicurati con età maggiore uguale a quarant'anni. Copertura integrale delle visite specialistiche accertamenti diagnostici strettamente connessi alla condizione di cronicità dell'assicurato con massimale dedicato. La copertura è prestata per l'intero periodo associativa sempre che l'iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

4. Prestazioni diagnostiche di prevenzione per i figli minori

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle prestazioni sotto elencate previa prenotazione. Le prestazioni previste, sono quelle necessarie a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste da ogni singolo pacchetto devono essere effettuate e/o prenotate in un'unica soluzione.

a) Pacchetto 6 mesi - 2 anni

- Visita specialistica pediatrica (valutazione di base, auxologica, psicomotoria e cognitiva);
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica con test audiometrico.

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 50,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

b) Pacchetto 3 - 4 anni

- Visita specialistica oculistica completa;
- Tonometria;
- Esame del fundus;
- Stereopsi e color test;
- Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio);
- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e (anticorpi anti transglutaminasi);
- Biopsia intestinale (in ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga);
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

c) Pacchetto 5 - 6 anni

- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi);
- Visita specialistica oculistica completa;
- Tonometria;
- Esame del fundus;
- Stereopsi e color test;
- Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio);
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 90,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

d) Pacchetto 7 - 8 anni

- Visita specialistica odontoiatrica e ortodontica;
- Visita specialistica oculistica completa;
- Tonometria;
- Esame del fundus;
- Stereopsi e color test;
- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

e) **Pacchetto 9 - 11 anni**

- Visita specialistica ortopedica;
- Visita specialistica endocrinologica;
- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica);

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

f) **Pacchetto 12 - 18 anni**

- Visita specialistica pediatrica (Valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente);
- Visita specialistica ortopedica;
- Visita specialistica endocrinologica;
- Analisi del sangue: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES.

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

5. Prestazioni diagnostiche di prevenzione per adulti

Per svolgere la prevenzione, non è necessaria la prescrizione del Medico

5.1 "Pacchetti di Prevenzione" fruibili una volta l'anno

La Società sostiene per gli assicurati la campagna di Prevenzione Sanitaria, per appartenenti a specifiche fasce di età, con la possibilità di effettuare test di screening, per la "diagnosi precoce" attraverso i seguenti "Pacchetti di Prevenzione" fruibili una volta l'anno:

• **Pacchetto Prevenzione DONNA con età uguale o maggiore di 45 anni**

- Patologia: Cancro del Collo dell'Utero, del colon retto e del seno;
- Prestazioni previste: pap test – esame feci 3 dosaggi – mammografia bilaterale.

• **Pacchetto Prevenzione UOMO con età uguale o maggiore di 45 anni**

- Patologia: Cancro della Prostata;
- Prestazioni previste: PSA – PSA Free – Ecografia transrettale.

• **Pacchetto Prevenzione UOMO/DONNA con età uguale o maggiore di 30 anni**

- Patologia: Maculopatia e Glaucoma;
- Prestazioni previste: OCT (Tomografia a Coerenza Ottica) – Pachimetria Corneale – Campimetria computerizzata – Consegna del referto da parte dell'Oculista.

• **Pacchetto Prevenzione CANCRO DELLA TIROIDE, uomo o donna, con età uguale o maggiore di 45 anni**

- Patologia: Cancro della tiroide;
- Prestazioni previste: TSH (analisi cliniche) – Ecografia tiroidea.

• **Pacchetto Prevenzione del CANCRO DELLA CERVICE UTERINA, donna, con età compresa fra il compimento del 14 e del 44 anno**

- Patologia: Cancro della cervice uterina;
- Prestazioni previste: Ricerca Papilloma Virus (HPV) – Tipizzazione HPV (eventuale);
- Nel caso sia prescritto un vaccino per l'immunizzazione contro il Papilloma Virus, è previsto il rimborso integrale della spesa che dovrà essere richiesto IN FORMA INDIRECTA, allegando al così detto scontrino fiscale parlante, rilasciato dalla Farmacia, dal quale risulti unicamente il costo del vaccino, copia della prescrizione medica (il rimborso è previsto per un massimo di tredosi).

• **Pacchetto Prevenzione Cardiovascolare, uomo/donna, con età compresa fra il compimento del 45 e del 70 anno**

- Prestazioni previste: visita cardiologica, elettrocardiogramma di base, ecografia grossi vasi (tronchi sovraortici).

Le prestazioni che compongono i "Pacchetti Prevenzione" suindicati possono essere fruiti solo nella loro totalità, non essendo possibile, infatti, eseguire solo parte delle prestazioni previste dal pacchetto prescelto ed esclusivamente in "forma diretta" presso le Strutture Sanitarie convenzionate, che hanno aderito anche al Progetto Prevenzione. Una singola Struttura Sanitaria può essere convenzionata per uno o più "Pacchetti

Prevenzione”.

5.2 “Esami di prevenzione diagnostica particolare medico sanitaria”

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in Strutture Sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste hanno lo scopo di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastinapariale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Omocisteina
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastinapariale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Omocisteina
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Omocisteina
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastinapariale)
- PT (Tempo di protrombina)
- PSA (Specifico antigeneprostatico)
- Esame delle urine
- Ecografia prostatica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta l'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Omocisteina
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Esame delle urine
- Visita ginecologica e PAP-Test

6. Strutture mobili e camper per la prevenzione

Al fine di meglio realizzare i programmi di prevenzione la società mette a disposizione strutture mobili e camper dedicati nelle zone con maggiore presenza di dipendenti.

3.9 Cure dentarie da infortunio

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

La Società liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse dalla Società, con l'applicazione di uno scoperto del **15%** per ogni fattura/persona, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia del certificato di Pronto Soccorso

3.10 Grandi interventi odontoiatrici

La Società rimborsa integralmente le spese sostenute presso strutture convenzionate in caso di ricovero ed extraricovero per gli interventi chirurgici derivanti dalle seguenti patologia, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- Osteiti mascellari
- Neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- Cisti radicolari
- Cisti follicolari
- Adamantinoma
- Odontoma
- Asportazione di cisti mascellari
- Asportazione di epulide con resezione del bordo
- Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- Ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- Rizotomia e rizectomia
- Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Intervento di chirurgia ortognatica

- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Apertura del seno mascellare per rimozione di impianto dislocato
- Resezione ossea per osteonecrosi dei mascellari
- Avulsione di elemento dentale sovranumerario

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le spese vengono rimborsate senza franchigia nel limite di un massimale annuo di € 1.500,00 per nucleo familiare.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sanitari a carico dell'Isritto vengono rimborsati integralmente.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- Radiografie;
- Referti radiologici per osteiti mascellari, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- Referti istologici (solo per cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, asportazione di cisti mascellari e Resezione ossea per osteonecrosi dei mascellari);
- Fotografie pre, intra e post-intervento.

3.11 Odontoiatria/ortodonzia

La Società provvede al rimborso delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese eventuali visite odontoiatriche e delle spese di ortopantomografia, dentalscan e tele cranio. **Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 102,00 per anno assicurativo e per componente il nucleo familiare.**

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La Società in tali strutture provvede inoltre al pagamento delle spese per una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la società stessa per ogni componente il nucleo familiare.

Se nel corso della prima annualità associativa vengono eseguite prestazioni il cui costo eccede il limite di spesa annuo, la Società autorizzerà le spese nei limiti del plafond previsto per l'intera durata del Piano sanitario (3 anni). In questo caso, nell'annualità successiva, i limiti di spesa annui previsti saranno decurtati di un valore pari a quello già consumato.

I massimali non utilizzati nel corso della prima annualità di polizza, e ad essa relativi potranno comunque essere utilizzati nell'annualità successiva fino al limite di € 204,00.

3.12 Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando xxxxxxxxxxxxxxxx dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa deve attuare un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa deve fornire un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella

forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con La Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di La Società per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-xxxxxx

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa deve fornire tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere a un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

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

aereo sanitario;

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

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

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

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

All'estero

In collaborazione con IMA Italia Assistance S.p.A., La Società vi offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero 800-xxxxxx

h) Viaggio di un familiare all'estero

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

i) Invio di medicinali urgenti 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 commercializzate in Italia), 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.

l) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni

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

aereo sanitario;

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

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

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

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

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

m) Counselling psicologico

Il Piano sanitario offre un servizio di Counselling Psicologico.

– Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno;

– Ogni Iscritto ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La copertura è operante per un massimo di 6 telefonate, illimitate per le donne che hanno subito violenza.

I presenti servizi vengono forniti telefonicamente dalla Centrale Operativa della Società.

4. Alcuni chiarimenti importanti

4.1. Inclusioni/esclusioni

1) Inclusione del nucleo familiare

I Dipendenti in servizio alla data di effetto del Piano sanitario, possono includere i familiari con contributo a proprio carico e invio dell'apposito modulo.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia può essere fatta nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 90 giorni dalla variazione stessa. In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione alla Società.

3) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del Piano sanitario

Nel caso di nuove assunzioni, la copertura per l'Assicurato e i familiari decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 90 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la copertura decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex Dipendente e gli eventuali familiari vengono mantenuti nella copertura sino alla prima scadenza annuale successiva. In caso di cessazione del rapporto per pensionamento, è facoltà dell'ex-Dipendente di mantenere la copertura con contributo a proprio carico.

4.2. Estensione territoriale

La copertura sanitaria ha validità in tutto il mondo.

4.3. Gestione dei documenti di spesa

A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da La Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con La Società

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora La Società dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

5. Premio, decorrenza e inclusioni

5.1 Pagamento e regolazione del premio

Premio a carico dell'amministrazione

Il premio annuo per ogni dipendente assicurato, comprensivo di oneri fiscali, sarà quello risultante dall'offerta aggiudicataria.

Ai fini del calcolo del premio annuale totale l'amministrazione comunicherà, prima della stipula del contratto di assicurazione, l'elenco del personale, con le relative generalità, da assicurare in base alle condizioni previste nel presente capitolato tecnico. Il premio annuo totale che sarà corrisposto dall'amministrazione è determinato dal premio individuale risultante dall'offerta aggiudicataria per il numero dei dipendenti CNR che non hanno rinunciato ai benefici della polizza. Il premio annuo totale sarà pagato in tre rate quadrimestrali di uguale importo, la prima la prima scadente entro 60 giorni dalla sottoscrizione del contratto, la seconda entro 60 giorni dall'inizio del secondo quadrimestre, la terza entro 60 giorni dall'inizio del terzo quadrimestre, e così per le annualità successive. (vedasi richiesta di miglioria da parte dell'ente)

Entro 90 giorni successivi alla fine di ogni annualità, l'amministrazione comunicherà la società il numero effettivo dei dipendenti assicurati, con le relative generalità, affinché la società stessa possa procedere al rinnovo della copertura per l'annualità successiva ed alla regolazione del premio relativo alle movimentazioni effettuate nell'anno in corso.

Premio a carico dell'assicurato

I premi annui a carico dell'assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Personale in servizio

a) coniuge o convivente "more uxorio"	85%
b) ogni figlio	80%
c) ogni figlio, in caso di famiglie con almeno 3 figli	60%
d) ogni genitore risultante dallo stato di famiglia	200%

Personale in quiescenza

e) personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010	200%
f) personale posto in quiescenza durante l'effetto del Piano sanitario	200%

Personale assegnista e borsista

a) assegnista	100%
b) borsista	100%
a) coniuge o convivente "more uxorio"	85%
c) ogni figlio	80%
d) ogni figlio, in caso di famiglie con almeno 3 figli	60%
e) ogni genitore risultante dallo stato di famiglia	200%

L'attivazione dell'assicurazione per i soggetti indicati nella precedente sezione a soggetti aventi diritto all'assicurazione, (familiari, assegnisti, borsisti e personale in quiescenza), avviene sull'adesione volontaria, mediante compilazione invio alla società dell'apposito modulo.

Sarà cura del singolo dipendente comunicare alla società l'estensione della copertura sanitaria in favore dei familiari.

5.2 Inclusioni

Relativamente all'inclusione di dipendenti e familiari avvenuta in data successiva a quella di effetto della polizza, nei casi previsti, il premio corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

5.3 Decorrenza della copertura assicurativa

L'assicurazione ha una durata di anni 3 (tre), con riserva di esercitare la facoltà di ripetizione di servizi analoghi per altri 2 (due) anni, a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del contratto di assicurazione, se il premio o la prima rata sono stati pagati nei termini previsti. Diversamente, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

E' fatta salva per l'amministrazione la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione alla scadenza della seconda annualità, senza alcun obbligo di motivazione. Il recesso potrà esercitarsi mediante comunicazione da inviare alla società a mezzo raccomandata a/r non oltre due mesi prima della scadenza della seconda annualità.

Non oltre quattro mesi prima della scadenza della seconda annualità di polizza la società effettuerà il calcolo del rapporto fra sinistri pagati e riservati e di premi di competenza relativi alle due annualità.

Sinistri riservati sono quelli che, in base ai dati di consuntivo rilevati alla data del calcolo e delle proiezioni di chiusura dell'annualità, si stima verranno pagati.

Il compito dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati anche quelli relativi alle coperture per il personale in quiescenza e per i familiari iscritti nelle relative polizze.

$$\frac{\text{sinistri pagati e riservati relativi alle due annualità}}{\text{premi netti di competenza relativi alle due annualità}} > 85\%$$

Presenza di un valore superiore al 85%, la società ha la facoltà di proporre, non oltre due mesi prima della scadenza della seconda annualità di polizza, e con effetto per la terza annualità, le modifiche alle garanzie del contratto tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 85%. Nel caso di mancata accettazione delle nuove condizioni da parte del contraente, la società potrà recedere dal contratto, mediante disdetta da comunicare tramite raccomandata a/r entro la scadenza della seconda annualità di polizza. La disdetta avrà effetto a decorrere dal compimento del terzo mese successivo alla scadenza della seconda annualità di polizza, periodo per il quale sarà corrisposto un premio pari a 3/12 del premio annuale.

Le inclusioni di dipendenti, e loro familiari, in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni e per i casi previsti nel presente Capitolato. La garanzia decorre dal giorno dell'assunzione sempre che venga comunicata alla società entro 90 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla società.

Qualora il dipendente neoassunto intende estendere la copertura assicurativa ai propri familiari dovrà includere nella copertura all'atto dell'assunzione. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione in via alla società della posidonia modulo.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari su indicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiare in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 90 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla società.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari su indicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7. Esclusioni dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

1. Le cure e o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni presi stenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle quattro diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiori alle nove diottrie;
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
3. Prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
4. I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti e terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzati alla fecondazione artificiale; I ricoveri causali alla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana non che ricoveri per la lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. Interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
10. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizioni a radiazioni ionizzanti, ad eccezione di coloro che lavorano nel campo e sono esposti classificati in categoria A ai sensi del D. Lgs. n. 213/95;
11. Conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

7. Denuncia del sinistro

Per fruire delle prestazioni da parte di una struttura convenzionata e con le tipe convenzionata, l'assicurato deve preventivamente contattare la Società mediante il servizio di assistenza telefonica

In caso di ricovero in centro convenzionato, la società provvede direttamente al pagamento di quanto dovuto, a termini della presente polizza.

Tutti gli altri casi la società effettua il pagamento di quanto dovuto all'assicurato, a termini della presente polizza, su presentazione di certificazione attestante la patologia e in copia delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

La società restituisce predetti originali, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'indennità. Qualora l'assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico.