

POLIZZA SANITARIA CNR – POSTE ASSICURA (01/09/2024-30/06/2026)
Sintesi condizioni di polizza

1. Oggetto dell'assicurazione

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

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 infortunio e di malattie, insorte anche anteriormente all'inserimento in copertura, per le seguenti prestazioni:

- ricovero in Istituti 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 o di malattia;
- 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, altresì, operante per i pacchetti prevenzione effettuati presso Strutture convenzionate come specificato nel seguito.

La società dovrà fornire un servizio di accesso a strutture sanitarie per i dipendenti afferenti alle sedi estere CNR di Bruxelles e Grenoble con obbligo di prevedere una copertura assicurativa per Belgio e Francia, dove le prestazioni a beneficio dei dipendenti all'estero verranno erogate esclusivamente nella forma del rimborso indiretto.

1.1. 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. La società rimborserà anche le spese documentate di vitto e alloggio, relative all'assicurato, sostenute nelle 24 ore antecedenti il ricovero per un valore massimo di € 250,00 per ogni ricovero. Tale rimborso spetta solo nei casi in cui la distanza tra la residenza e/o il domicilio dell'assicurato ed il luogo della prestazione sia maggiore o uguale a 100 km.
b) Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto

	<p>partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria (o sala parto) e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, con applicazione delle seguenti percentuali di scoperto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del 25%, con un minimo di euro 1.200,00 ed un massimo di euro 5.000,00 a carico dell'assicurato, per gli interventi in caso di ricovero presso strutture convenzionate; - del 35%, con un minimo di euro 1.500,00 ed un massimo di euro 6.000,00 a carico dell'assicurato per gli interventi in caso di ricovero effettuati fuori dalla rete delle strutture convenzionate; - del 25%, con un minimo di euro 500,00 ed un massimo di euro 1.500,00 a carico dell'assicurato per gli interventi ambulatoriali in strutture convenzionate; - del 30%, con un minimo di euro 750,00 ed un massimo di euro 1.500,00 a carico dell'assicurato per gli interventi ambulatoriali effettuati fuori dalla rete delle strutture convenzionate. <p>La società rimborserà, senza franchigia, le prestazioni successive all'intervento e ad esso strettamente connesse (ad esempio medicazione di ferite chirurgiche, rimozione punti di sutura, ecc.).</p>
c) Assistenza medica, medicinali, cure	<p>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).</p>
d) Rette di degenza	<p>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 € 350,00 al giorno.</p>
e) Accompagnatore	<p>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.</p>
f) Post-ricovero	<p>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.</p> <p>Ove non sia possibile sottoporsi ai trattamenti fisioterapici o rieducativi alla cessazione del ricovero, i 90 giorni decorrono dalla data di prescrizione di avvio delle terapie, indicata dal medico chirurgo o da uno specialista. Le prestazioni devono essere comunque fruite entro 180 giorni dalla data della cessazione del ricovero.</p> <p>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.</p>

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 1.1 lett. a, c, d ed e.

1.1.1. 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, anche di primo soccorso, ad un altro e di rientro alla propria abitazione con un massimo di € **1.000,00** per trasporti da paesi europei e di € **5.000** per trasporti da paesi extra-europei.

1.1.2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 1.1 "Ricovero" e 1.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

1.1.3. 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 1.1. "Ricovero" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e 1.1.1 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

1.1.4. 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 1.1 "Ricovero" e 1.1.1 "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. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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.

1.1.5. 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 assicurativo e per assicurato. Tale limite non è operante in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con La Società ed effettuate da medici convenzionati.

E' prevista l'applicazione delle seguenti percentuali di scoperto:

- del 25%, con un minimo di euro 1.200,00 ed un massimo di euro 5.000,00 a carico dell'assicurata, per gli interventi in caso di ricovero presso strutture convenzionate;
- del 35%, con un minimo di euro 1.500,00 ed un massimo di euro 6.000,00 a carico dell'assicurata per gli interventi in caso di ricovero effettuati fuori dalla rete delle strutture convenzionate;
- del 25%, con un minimo di euro 500,00 ed un massimo di euro 1.500,00 a carico dell'assicurata per gli interventi ambulatoriali in strutture convenzionate;
- del 30%, con un minimo di euro 750,00 ed un massimo di euro 1.500,00 a carico dell'assicurata per gli interventi ambulatoriali effettuati fuori dalla rete delle strutture convenzionate.

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, con l'applicazione della franchigia citata, delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 1.1 "Ricovero" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza" "Accompagnatore", "Post-ricovero", e 1.1.1 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

Modalità di erogazione delle prestazioni di cui al paragrafo 1.1:

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, con l'applicazione della franchigia citata.

Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società

Le prestazioni vengono rimborsate con gli scoperti citati ad eccezione delle coperture riferite alle sopra descritte lettere d) "Retta di degenza" ed e) "Accompagnatore" (cfr. tabella prestazioni) ed ai sopra descritti punti 1.1.1 "Trasporto sanitario" e 1.1.5 "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 1.1.6).

1.1.6. Indennità sostitutiva

L'assicurato, in caso di ricovero presso il SSN e **senza la fruizione di trattamenti alberghieri**, avrà diritto a un'indennità di € **45,00** 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.

1.2. Prestazioni di alta specializzazione

Il massimale per annualità assicurativa a disposizione per la presente copertura è di € 9.000,00 per ciascun assicurato.

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

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, con applicazione di una percentuale di scoperto del 20%; lo scoperto a carico dell'assicurato avrà un importo minimo di euro 80,00 ed un importo massimo di euro 150,00 per 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 una percentuale di scoperto del 25% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia; lo scoperto a carico dell'assicurato per prestazione avrà un importo minimo di euro 120,00 ed un importo massimo di euro 180,00.

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.

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

1.3. 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 1.2 "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 una percentuale di scoperto del 20% per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici; lo scoperto a carico dell'assicurato avrà un importo minimo di euro 65,00 ed un importo massimo di euro 150,00 per prestazione.

L'importo 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 25% per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico; Lo scoperto a carico dell'assicurato avrà un importo minimo di euro 120,00 ed un importo massimo di euro 180,00 per prestazione.

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

1.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di malattia

1.4.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per ogni assicurato.

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) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

1.4.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia

Il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 250,00, senza franchigia, per ogni assicurato e le prestazioni fruibili solo presso strutture convenzionate o presso il Servizio Sanitario Nazionale.

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di malattia, esclusivamente a fini riabilitativi prescritte dal medico specialista.

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

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 medico specialista contenente la patologia come sopra riportato.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'assicurato, nel prescritto limite dei 250 euro annui per 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 specialista contenente la patologia come sopra riportato.

1.5. Assistenza infermieristica domiciliare

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

1.6. 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 ed è **richiesta la prescrizione medica**.

1.7. Malattie oncologiche

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

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 la copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) dalla quale si evinca lo stato oncologico.

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 € 40.000,00 per assicurato.

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

1.8. Prevenzione

La polizza sanitaria deve prevedere i seguenti programmi di prevenzione, fruibili da ogni assicurato.

1.8.1. 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 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. La franchigia applicata è pari ad € 50,00 a carico dell'assicurato.

1.8.2. Prevenzione dell'obesità infantile

Copertura integrale, presso strutture e medici convenzionati, delle spese necessarie alla effettuazione del programma per la prevenzione dell'obesità infantile dal 4° anno di età compiuto al 18° anno di età non compiuto 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.

1.8.3. 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 o 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.

1.8.4. 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.

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

- 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 antitransglutaminasi);
 - 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).

- 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).

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

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).

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

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);
- Visita specialistica oculistica completa;
- Esame del fundus;
- Screening dermatologico (visita specialistica dermatologica, valutazione del fototipo, valutazione clinica dermatoscopica).

La franchigia applicata è pari ad € 100,00 a carico dell'assicurato.

f) Pacchetto 12 - 18 anni

- Visita specialistica pediatrica (Valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente);
- Visita specialistica ortopedica;
- Visita specialistica endocrinologica;
- Visita specialistica oculistica completa;
- Esame del fundus;
- Screening dermatologico (visita dermatologica, sebometria, PHmetria, valutazione clinica dermatoscopica, valutazione 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.

La franchigia applicata è pari ad € 100,00 a carico dell'assicurato.

Il massimale relativo ai punti 1, 2, 3 e 4 del presente paragrafo (1.8) è pari a € 5.000,00 per ciascun punto.

1.8.5. Prestazioni diagnostiche di prevenzione per adulti

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 "Pacchetti di Prevenzione" indicati nel seguito.

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

Ogni singolo pacchetto prevenzione è fruibile una volta sola per ogni anno assicurativo da ogni assicurato. I pacchetti prevenzione non sono da considerarsi mai alternativi.

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

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P2 - Prevenzione UOMO con età uguale o maggiore di 45 anni

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

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P3 - 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.

La franchigia applicata è pari ad € 100,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P4 - 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.

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P5 - 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 tre dosi).

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P6 - 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).

La franchigia applicata è pari ad € 100,00 a carico dell'assicurato.

Le prestazioni che compongono i "Pacchetti Prevenzione" suindicati (identificati da P1 a P6) possono essere fruite 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".

In aggiunta ai Pacchetti indicati, la prevenzione per gli adulti assicurati prevede anche la realizzazione di 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.

Pacchetto P7 - Prevenzione Cardiovascolare Uomo o Donna

- 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 tromboplastina parziale);
- PT (Tempo di protrombina);
- Omocisteina;
- Esame delle urine;

- Elettrocardiogramma di base;

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P8 - Prevenzione Oncologica Uomo, prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- 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);
- PSA (Specifico antigeneprostatico);
- Esame delle urine;
- Ecografia prostatica;

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P9 - Prevenzione Oncologica Donna, prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni

- 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;

La franchigia applicata è pari ad € 100,00 a carico dell'assicurato.

Pacchetto P10 - Prevenzione Dermatologica, uomo o donna, senza requisiti specifici di età.

- Visita specialistica dermatologica;
- Valutazione clinica dermatoscopica;
- Valutazione qualitativa della cute tramite corneometria, PHmetria, sebometria e definizione della texture della pelle con valutazione dermocosmetica;
- Mappatura dei nei con epiluminescenza.

La franchigia applicata è pari ad € 80,00 a carico dell'assicurato.

Stante la distinzione tra i pacchetti riservati al genere dell'assicurato, ogni assicurato può fruire di tutti i pacchetti prevenzione nel medesimo anno assicurativo.

La compagnia deve garantire l'erogazione completa dei pacchetti prevenzione in un'unica struttura convenzionata. Deve fornire, altresì, agli assicurati, tramite portale web ovvero tramite call center, l'elenco aggiornato delle strutture convenzionate che erogano i pacchetti prevenzione.

1.9. Cure dentarie da infortunio

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 4.000,00 per assicurato.

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.

1.10. Grandi interventi odontoiatrici

La Società rimborsa integralmente le spese sostenute presso strutture convenzionate in caso di ricovero ed extra ricovero per gli interventi chirurgici derivanti dalle seguenti patologie, 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.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate le spese vengono rimborsate senza franchigia nel limite di un massimale annuo di € 1.500,00 per assicurato ma con l'applicazione di uno scoperto del 10%, fino ad un massimo di 500,00 euro.

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'iscritto 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.

1.11. Odontoiatria/ortodonzia

La Società provvede al rimborso di spese per odontoiatria e/o ortodonzia, per ogni assicurato, fino al limite di € 250,00 per anno assicurativo.

A puro titolo di esempio rientrano in questa categoria le spese sostenute per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, di apparecchi dentali, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese eventuali visite odontoiatriche e delle spese di ortopantomografia, dentalscan e tele cranio, nonché per visite specialistiche e sedute di igiene orale professionale.

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.

Il massimale residuale annuo, eventualmente non utilizzato nel corso della relativa annualità di polizza, si cumula con quello dell'anno successivo.

1.12. Servizi di consulenza e assistenza

La Società aggiudicataria provvederà a fornire i recapiti telefonici della Centrale Operativa a cui rivolgersi, sia dall'Italia che dall'Estero, per i seguenti servizi di consulenza.

Dovranno essere attivi dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 19.30, i seguenti servizi:

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 tramite:

- Call center telefonico;
- Accesso Web con credenziali riservate per ogni assicurato;
- Applicazione per smartphone iOS / Android;

Dovranno essere 24 ore su 24, 7 giorni su 7, i seguenti servizi:

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 ore 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) 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 o 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.

f) 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

La Società potrà erogare il servizio all'estero anche per il tramite di un provider.

g) 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, o di un convivente, un biglietto aereo o ferroviario (classe economica) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 250,00 per sinistro.

h) 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 irreperibili 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.

i) Rimpatrio sanitario

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

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

j) Counselling psicologico

Il Piano sanitario offre un servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365 gg/anno.

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

La copertura è operante per un massimo di 6 telefonate per anno/assicurato, illimitate per le donne che hanno subito violenza. I presenti servizi vengono forniti telefonicamente dalla Centrale Operativa della Società.

2. Esclusioni dalla copertura assicurativa

L'assicurazione non è operante per:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione 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, malattie o da interventi demolitivi, anche precedenti alla sottoscrizione del contratto; in quest'ultimo caso, l'assicurato dovrà fornire la documentazione comprovante l'infortunio, la malattia o la demolizione a seguito di malattia;
 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;
 6. I ricoveri causali alla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché 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 istituti di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 7. Interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 9. 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 o prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 10. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
 11. 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;
 12. Conseguenze di guerra, insurrezione ed eruzioni vulcaniche;
 13. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

3. Definizione dei termini medico sanitari

Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente o Amministrazione	Consiglio Nazionale delle Ricerche
assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione
Società	La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base a requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Struttura sanitaria convenzionata	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità in base a requisiti in accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.
Day-hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica.



Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
Indennità sostitutiva	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital stesso o comunque ad esso connesse.
Intervento chirurgico Prestazione chirurgica che per la tipologia ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia ambulatoriale dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricreare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Care Service	Per strutture di Care Service si intendono quelle strutture autorizzate all'erogazione di prestazione mediche secondo le normative vigenti nel singolo stato.