IL DIRETTORE GENERALE

DISPOSIZIONE N. **77**

DI DATA: **17/03/2023**

OGGETTO: **ADESIONE POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA A FAVORE DEI DIPENDENTI, AFFIDAMENTO E IMPEGNO DI SPESA**
CIG Z1E3A6868A
PROG 99164

☑ Pubblicazione ai sensi dell'art. 23 c.1 del D.Lgs. 33/2013

Visto riservato alla Sezione Amministrazione e Personale

☐ non comporta impegno di spesa

Firmato digitalmente da POTOCCO ELENA

☑ impegno 395/2023

☐ accertamento

AREA SCIENCE PARK
AREA DI RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA DI TRIESTE
Ente Pubblico Nazionale di Ricerca
Padriciano, 99 | 34149 Trieste | Italy
+39 040 3755111
+39 040 226698
P.IVA 00531590321
urp@areasciencepark.it
protocollo@pec.areasciencepark.it
www.areasciencepark.it

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATA la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 85 di data 28 novembre 2022, con la quale veniva adottato il nuovo "Disciplinare per la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei dipendenti";

DATO ATTO che il sopracitato disciplinare prevede che l'Ente fornisca ai propri dipendenti la possibilità di aderire a una copertura sanitaria, tramite l'attivazione di apposita polizza con premio a carico dell'Ente, finalizzata a sostenere i dipendenti stessi in caso di infortunio e di malattia, nonché in relazione alla fruizione di prestazioni diagnostiche di prevenzione;

CONSIDERATA l'opportunità di provvedere ad assicurare il personale dell'Ente – con la possibilità di estensione ai familiari con una quota integrativa a carico del personale interessato - mediante una polizza sanitaria a copertura delle spese per prestazioni sanitarie cui il personale o loro familiari dell'Ente dovesse far fronte;

VISTA l'indizione da parte del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di una gara europea a procedura telematica aperta per l'appalto di servizio assicurativo di assistenza sanitaria a favore del personale dipendente del CNR medesimo, sopra soglia comunitaria, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. n. 8471464 - CIG 9124508633 - CUI 80054330586202100266;

ATTESO CHE all'art. 2 del capitolato tecnico di cui alla suddetta procedura si prevede espressamente l'"Adesione di altre Amministrazioni Pubbliche" in virtù della quale la società aggiudicataria si impegna a praticare le medesime condizioni contrattuali previste nel capitolato tecnico, nel disciplinare di gara e negli altri atti di gara, in favore degli altri Enti pubblici di ricerca che ne hanno manifestato l'interesse;

CONSIDERATO che il rispetto dei principi di economicità, efficacia e correttezza, nonché di libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità nell'affidamento dell'appalto è garantito dallo svolgimento della procedura aperta telematica comunitaria sopracitata cui l'ente ha inteso aderire;

VISTA la proposta formulata dalla società Poste Assicura Spa – Gruppo Assicurativo PosteVita, aggiudicataria della gara d'appalto di cui sopra, in relazione alla polizza assicurativa per la copertura delle spese sanitarie del personale/loro familiari che decidano di aderirvi;

VISTA la manifestazione di interesse avanzata dall'ente ed inviata alla società Poste Assicura Spa – Gruppo Assicurativo PosteVita in data 22 dicembre 2022 con PEC prot. n. GEN-2022–0005930;

RICHIAMATA l'Appendice A 2023, di data 16 gennaio 2023, parte integrante della polizza di cui in parola che dà atto che la prestazione sanitaria in corso per il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) sarà prestata alle medesime condizioni contrattuali previste nel capitolato tecnico, nel disciplinare di gara e negli altri atti di gara, in favore dell'Ente;

ATTESO che n. 111 dipendenti dell'Ente hanno deciso di aderire alla polizza sanitaria in parola, per un importo complessivo pari a euro 36.574,50 secondo quanto contemplato dalla proposta economica relativamente ai contributi assicurativi per i titolari/dipendenti, che prevede un importo pari a euro 329,50 quale quota di adesione individuale per ogni singolo dipendente;

DATO ATTO che l'offerta prevede la copertura del premio assicurativo dal 31 dicembre 2022 al 31 dicembre 2023;

CONSIDERATO di riservarsi di prorogare il servizio per le successive annualità e di impegnarne i relativi importi di anno in anno, tenuto conto della variabilità di adesioni ricevute dal personale dipendente ed eventualmente dai loro familiari;

RITENUTO di:

- affidare il servizio di copertura assicurativa delle spese sanitarie del personale ed eventuali loro familiari che decidano di aderirvi alla compagnia Poste Assicura Spa – Gruppo Assicurativo PosteVita C.F. e P.I. 07140521001 con sede in Viale Europa, 190 – Roma;
- impegnare, per la copertura del premio per il periodo 31 dicembre 2022 al 31 dicembre 2023, l'importo di euro 36.574,50 sul capitolo 105, progetto 99164 del bilancio 2023, che presenta la necessaria disponibilità;

DATO ATTO che tali spese afferiscono a compiti di natura istituzionale dell'Ente;

RICHIAMATA la deliberazione del Consiglio di Amministrazione di data 26 febbraio 2020, n. 13, che dispone un riassetto dell'articolazione organizzativa dell'Ente e delle competenze delle Strutture dello stesso assegnando alla sottoscritta l'incarico di Direttore della Sezione Amministrazione e Personale dell'Ente;

DISPONE

- di dare atto che il rispetto dei principi di economicità, efficacia e correttezza, nonché di libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità nell'affidamento dell'appalto è garantito dallo svolgimento della procedura aperta telematica comunitaria indetta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) n. 8471464 - CIG 9124508633 per il servizio assicurativo di assistenza sanitaria a favore del personale dipendente cui l'ente ha inteso aderire;
- di aderire alla polizza assicurativa a copertura delle spese sanitarie del personale dell'Ente ed eventuali loro familiari, solo con integrazione a carico del dipendente che ne facesse richiesta, con la compagnia assicuratrice Poste Assicura Spa – Gruppo Assicurativo PosteVita, aggiudicataria della procedura succitata;
- di impegnare, per la copertura del premio per il periodo 31 dicembre 2022 al 31 dicembre 2023 l'importo di euro 36.574,50, da imputare al capitolo 105, progetto 99164 del bilancio 2023 che presenta la necessaria disponibilità (CIG Z1E3A6868A);
- di riservarsi di prorogare il servizio per le successive annualità e di impegnarne i relativi importi di anno in anno, tenuto conto della variabilità di adesioni ricevute dal personale dipendente ed eventualmente dai loro familiari;
- di dare atto che il pagamento sarà effettuato in favore della compagnia Poste Assicura Spa – Gruppo Assicurativo PosteVita C.F. e P.I. 07140521001 con sede in Viale Europa, 190 - Roma e che tali spese afferiscono a compiti di natura istituzionale.

Il Direttore Generale

Dott.ssa Anna Sirica

Anna Sirica
17.03.2023
12:13:41
GMT+01:00

Allegati: Capitolato tecnico procedura CNR, Appendice A 23.

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

APPENDICE N.	: A 2023
CONTRAENTE	: CASPIE
ASSOCIATO	: AREA SCIENCE PARK
COD FISC/P. IVA	: 97288610583

Con la presente appendice, che forma parte integrante della polizza cui si riferisce, si prende e si dà atto che dalle ore 24,00 del 31/12/2022 la copertura sanitaria in corso per Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) - CIG 9124508633, come previsto al punto 2. Adesione di altre Amministrazioni Pubbliche del capitolato tecnico, sarà prestata alle medesime condizioni contrattuali previste nel capitolato tecnico, nel disciplinare di gara e negli altri atti di gara, in favore dell'AREA SCIENCE PARK (tabella 6 del capitolato tecnico).

FERMO IL RESTO

Emessa in Roma, addì 16 Gennaio 2023

IL CONTRAENTE

Andrea Pezzi
Amministratore Delegato
di Poste Assicura S.p.A.

Poste Assicura S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Europa, 190
Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203
PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it
www.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

CAPITOLATO TECNICO
ASSISTENZA SANITARIA A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

CIG 9124508633 - CUI 80054330586202100266

La presente polizza è stipulata tra

CASPIE
Via Giuseppe Mercalli, 80, 00197 Roma RM
C.F.: 97288610583

E

POSTE ASSICURA (SOCIETÀ)
VIALE EUROPA, 190 – 00144 - ROMA
C.F/P.I.: 07140521001

Decorrenza ore 24.00 del 01/09/2022
Scadenza ore 24.00 del 01/09/2024

Poste Assicura S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Europa, 190
Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203
PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

1. Destinatari della copertura assicurativa

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 ovvero assunti successivamente, ed il relativo onere economico è assunto dall'Amministrazione.

1.1. Estensione facoltativa dell'assicurazione a soggetti diversi dai dipendenti

L'assicurazione può essere estesa previa comunicazione alla società dei necessari dati anagrafici, ai seguenti soggetti senza limiti di età:

a) coniuge o convivente more uxorio e figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia;

b) coniuge o convivente more uxorio che per motivi di lavoro non siano conviventi;

c) figli non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;

d) figli fiscalmente a carico non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a motivi di studio/stage/lavoro;

e) genitori del dipendente, purché risultanti dallo stato di famiglia;

f) personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza; in questo caso, sia l'ex dipendente che i suoi eventuali familiari, usufruiranno delle medesime condizioni di polizza fino alla scadenza dell'annualità riferita alla cessazione dal rapporto di lavoro;

g) personale posto in quiescenza a partire dal 01/01/2017 o antecedentemente a tale data purché in copertura nell'ultima annualità della polizza CNR in corso;

h) titolari di assegni di ricerca, borse di studio e loro familiari alle condizioni descritte ai punti sopra citati a), b), c) d) ed e).

L'estensione della polizza ai familiari dei dipendenti/assegnisti/borsisti potrà essere operata a prescindere dal fatto che i familiari siano o meno fiscalmente a carico del dipendente. Nel caso di estensione ai familiari, non vige l'obbligo di includere tutti gli aventi diritto, come sopra indicati, risultanti dallo stato di famiglia.

In caso di decesso del familiare assicurato, permane l'obbligo di versamento del premio fino al termine dell'annualità in corso. Il dipendente dovrà tempestivamente comunicare al CNR il decesso del familiare al fine della trasmissione dell'informazione Al contraente/Società.

Per i dipendenti ed eventuali familiari aggregati, tutte le comunicazioni riguardanti le posizioni assicurative attive (per esempio le anagrafiche da assicurare, la quantificazione dei premi, ecc.) sono gestite dall'Amministrazione, così come il versamento dei premi.

Per tutte le altre categorie di beneficiari della polizza il rapporto è diretto tra assicurato e Cassa di assistenza

2. Adesione di altre Amministrazioni Pubbliche

La Società 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 hanno manifestato 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 Cassa 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 almeno 1.000 strutture sanitarie convenzionate con almeno 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia di cui alla tabella 2 nelle quali gli assicurati possano usufruire dei servizi assicurativi. Le province si intendono coperte anche se le strutture sanitarie sono situate in comuni appartenenti alla provincia. La società dovrà fornire un servizio di accesso a strutture sanitarie per le sedi all'estero del CNR di Bruxelles e Grenoble con obbligo di prevedere una copertura assicurativa per Belgio e Francia dove le prestazioni beneficio dei dipendenti all'estero verranno erogate esclusivamente nella forma del rimborso indiretto.

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.

3.1. Ricovero

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle prestazioni sottoindicate 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 partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria (o sala parto) e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, con applicazione di una franchigia di **euro 500,00** per gli interventi presso strutture convenzionate e **di euro 250,00** per gli interventi ambulatoriali in strutture convenzionate. **La società rimborserà,** senza franchigia**,** anche le prestazioni successive all'intervento e ad esso strettamente connesse (ad esempio medicazione di ferite chirurgiche, rimozione punti di sutura, ecc.).
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 **€ 350 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. 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. 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 arterosi 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, 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.

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", "Postricovero" 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. 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.

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 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.

Solo in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture sanitarie convenzionate con La Società è applicata una franchigia di 500,00 euro ridotta a 250,00 euro per eventuali interventi ambulatoriali.

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, 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 di cui al paragrafo 3.1:

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 di una franchigia di 500,00 euro ridotta a 250,00 euro per eventuali interventi ambulatoriali.

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" (cfr. tabella prestazioni) 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 con l'applicazione di una franchigia di 500,00 euro ridotta a 250,00 euro per eventuali interventi ambulatoriali, 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, in caso di ricovero presso il SSN **e senza la fruizione di trattamenti alberghieri**, 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 - 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 € 9.000,00 per ciascun assicurato.

- Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e Cistografia contrastografici) (“anche digitale”)
- Angiografia Clisma opaco
- Artrografia Colangiografia intravenosa
- Broncografia Colangiografia percutanea
- Cisternografia
- (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Discografia
- Fistolografia
- Cistouretrografia
- Defecografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- 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 torace
- Gastroscopia
- Rettoscopia
- Colonscopia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia 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
- OCT

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 franchigia di **€** 50. 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 alleghi 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 alleghi la copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) e 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.

Poste Assicura S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Europa, 190
Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203
PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it

Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

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 **€ 70,00** per ciascuna visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'assicurato alleghi 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 alleghi la copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

3.4.1. 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 alleghi 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 alleghi 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.

3.4.2. 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 alleghi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico specialista contenente la patologia come sopra riportato.

3.5. 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.

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 ed **è richiesta la 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), 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 alleghi 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 alleghi 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

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.

3.8. Prevenzione

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

3.8.1. 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.

3.8.2. 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.

3.8.3. 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.

3.8.4. Prestazioni diagnostiche di prevenzione per i figli minori

Copertura integrale, presso strutture e medici convenzionati, delle prestazioni sottoelencate 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 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).

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

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;
- 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.

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.

Il massimale relativo ai punti *1,2,3 e 4* del presente paragrafo (**3.8**) è pari a € 5.000,00 per ciascun punto.

3.8.5. 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.

Pacchetto P1 - 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 P2 - Prevenzione UOMO con età uguale o maggiore di 45 anni

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

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.

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.

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 INDIRETTA, 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).

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).

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;

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;

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;

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

Per il solo Pacchetto prevenzione Dermatologica P10 è prevista una franchigia a carico dell'assicurato di € 25.

- 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.

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.

3.9. 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 alleghi 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 alleghi 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 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 sovrannumerario.

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.

3.11. 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, in caso di mancato recesso dell'assicurato al termine dell'annualità in corso.

3.12. 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.

4. Modalità di comunicazione degli assicurati, copertura territoriale e gestione documentazione di spesa

4.1. Modalità di comunicazione degli assicurati

Dipendenti e familiari

Entro 90 giorni dall'inizio del contratto l'amministrazione trasmetterà alla compagnia, tramite flusso informatico, l'elenco delle anagrafiche dei dipendenti e relativi familiari da inserire in copertura. Per ogni anagrafica sarà indicata la data di inizio copertura. I dipendenti che intendessero rinunciare ai benefici della copertura sanitaria dovranno comunicarlo all'amministrazione entro 30 giorni dall'inizio del contratto.

Durante il periodo di validità della polizza verranno periodicamente trasmessi alla compagnia:

- degli elenchi integrativi del personale, ed eventuali familiari, da assicurare. Per ogni anagrafica verrà specificata la data di inizio copertura;
- degli elenchi del personale in via di cessazione. Per ogni anagrafica verrà specificata la data di fine copertura. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari vengono mantenuti in copertura fino alla successiva scadenza annuale.

Le uniche condizioni che consentono ai dipendenti di entrare in copertura assicurativa in corso di annualità sono le seguenti: nuova assunzione, scadenza di altra polizza sanitaria.

Le condizioni che consentono l'inserimento in polizza di nuovi familiari dei dipendenti sono, invece, legate a variazioni dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite/adozioni/affidamenti o in caso di scadenza di altra polizza sanitaria. In questi casi, la copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia o la scadenza della precedente polizza sanitaria.

All'inizio di ogni successiva annualità di contratto è data facoltà ai dipendenti di aderire alla polizza (in caso di loro precedente rinuncia), di inserire nuovi familiari o di revocare la propria copertura, o quella di uno o più familiari.

Tutte le variazioni citate verranno sempre raccolte dall'amministrazione e trasmesse alla compagnia tramite flusso informatico.

Personale in quiescenza e titolari di Assegni di Ricerca e Borse di Studio

La volontà di aderire alla polizza sanitaria è comunicata, dagli altri possibili beneficiari, direttamente alla Cassa di Assistenza

Le regole per l'adesione alla polizza e per la revoca della copertura assicurativa (sia per i beneficiari stessi che per i loro familiari) sono le medesime già indicate per i dipendenti.

In tutti i casi nei quali la data di inizio copertura è successiva al primo giorno dell'annualità di polizza, il premio individuale è calcolato in quota per i giorni di effettiva copertura, nel qual caso i ratei di premio sono calcolati su base annua di 360 giorni.

4.2. Copertura territoriale della polizza

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 dalla Società ed 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, durata e decorrenza della polizza

5.1. Quantificazione, pagamento e regolazione del premio

Premio dei dipendenti: € 327,85

Ai fini del calcolo del premio annuale totale il contraente/amministrazione comunicherà, **entro 90 giorni** dalla 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 è determinato dal premio individuale moltiplicato per il numero dei dipendenti che non avranno rinunciato ai benefici della polizza.

La Cassa si impegna a trasmettere periodicamente all'amministrazione l'elenco nominativo degli assicurati con il corrispondente premio individuale, al fine di effettuare le opportune verifiche di congruità con i dati in possesso dell'amministrazione stessa.

Il premio annuo totale sarà pagato in quattro rate entro 30 gg dalla scadenza della rata stessa

Le rate di ogni periodo includeranno i premi relativi a tutti gli assicurati del periodo medesimo.

In caso di prevista cessazione dal rapporto di lavoro di un suo dipendente, il CNR ha facoltà di versare in via anticipata l'intera porzione di premio residuo con il primo versamento successivo.

Entro 60 giorni successivi alla fine di ogni annualità, l'amministrazione comunicherà alla società l'elenco 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.

Determinazione del premio individuale per ogni categoria di assicurato:

Dato il premio annuo a carico del dipendente assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, i premi delle altre categorie di aventi diritto alla polizza corrispondono all'applicazione delle seguenti percentuali al premio dipendente:

Personale in servizio

- coniuge o convivente "more uxorio"	82,90%
- ogni figlio	77,90%
- ogni figlio assicurato, in caso di famiglie con almeno 3 figli assicurati	57,90%
- ogni genitore risultante dallo stato di famiglia, fino al compimento del settantesimo anno di età alla data di attivazione della copertura assicurativa da parte del CNR	200%
- ogni genitore risultante dallo stato di famiglia, oltre i settanta anni di età alla data di attivazione della copertura assicurativa da parte del CNR	300%

Personale in quiescenza

- personale posto in quiescenza a partire dal 01/01/2017 o in continuità con l'attuale polizza CNR, fino al compimento del settantesimo anno di età alla data di attivazione della copertura assicurativa da parte del CNR	200%
- personale posto in quiescenza a partire dal 01/01/2017 o in continuità con l'attuale polizza CNR, oltre i settanta anni di età alla data di attivazione della copertura assicurativa da parte del CNR	300%

Personale assegnista e borsista

- assegnista	100%
- borsista	100%
- coniuge o convivente "more uxorio"	82,90%
- ogni figlio	77,90%
- ogni figlio assicurato, in caso di famiglie con almeno 3 figli assicurati	57,90%
- ogni genitore risultante dallo stato di famiglia, fino al compimento del settantesimo anno di età alla data di attivazione della copertura assicurativa da parte del CNR	200%
- ogni genitore risultante dallo stato di famiglia, oltre i settanta anni di età alla data di attivazione della copertura assicurativa da parte del CNR	300%

5.2. Durata e decorrenza della copertura assicurativa

La polizza ha una durata di 24 (ventiquattro) mesi, più ulteriori eventuali 24 (ventiquattro) mesi di ripetizione del servizio, a decorrere dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione del contratto di assicurazione (o di decorrenza della copertura assicurativa, se anticipata rispetto alla data di stipula). E' fatta salva per l'amministrazione la facoltà di non richiedere la ripetizione del servizio per gli ulteriori 24 mesi, alla scadenza dei 24 mesi contrattuali, senza alcun obbligo di motivazione.

Tale facoltà dovrà essere comunicata alla società a mezzo raccomandata e/o PEC non oltre tre mesi prima della scadenza della seconda annualità.

Entro 180 giorni dall'inizio 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. I 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.

Nel computo dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati quelli relativi alle coperture del personale dipendente e delle altre categorie di beneficiari.

$$\frac{\text{sinistri pagati e riservati relativi alle due annualità}}{\text{netti di competenza relativi alle due annualità}} > 90\ \%\ \text{premi}$$

Dato il rapporto indicato, in presenza di un valore superiore **al 90%**, la società ha la facoltà di proporre, non oltre 30 giorni dal termine su indicato, e con effetto dalla prima annualità di eventuale ripetizione del servizio, le modifiche alle garanzie del contratto tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 90%.

Entro 60 giorni dal ricevimento della eventuale proposta di modifica delle garanzie del contratto da parte della società, il contraente valuterà tale proposta e comunicherà formalmente alla società:

- l'accettazione delle nuove condizioni valide per i 24 mesi di ripetizione del servizio. Con l'accettazione delle nuove condizioni il contraente comunica formalmente anche la volontà di avvalersi della ripetizione del servizio per gli ulteriori 24 mesi;
- la mancata accettazione delle nuove condizioni. In questo caso il contraente ufficializza la volontà di non avvalersi della ripetizione del servizio per i successivi 24 mesi. La società si impegna, tuttavia, a concedere una proroga tecnica, alle stesse condizioni previste per il biennio di validità del contratto, per il tempo strettamente necessario alla conclusione della successiva procedura di gara. Per fruire di tale proroga, il contraente si impegna a pubblicare gli atti della nuova gara entro la scadenza della seconda annualità.

Non è consentito il recesso alla fine di ciascuna annualità.

6. 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.

7. Denuncia del sinistro

Per fruire delle prestazioni da parte di una struttura convenzionata l'assicurato, o chi per esso, deve preventivamente contattare la Società mediante:

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

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

In tutti gli altri casi la società effettua il pagamento di quanto dovuto all'assicurato, secondo i 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 quanto previsto dall'offerta presentata dall'operatore economico aggiudicatario e comunque non oltre 30 giorni giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente ottenuto l'autorizzazione alle prestazioni in modalità di rimborso diretto, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità previste per il rimborso indiretto.

La società restituisce gli eventuali documenti presentati in originale, 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. L'assicurato attraverso i canali di contatto sopra indicati dovrà essere messo nelle condizioni di conoscere lo stato attuale della denuncia di sinistro e dello stato di qualsiasi pratica a lui associata sia essa di sinistro oppure rimborso.

8. Ulteriori obblighi dell'Ente e della compagnia assicurativa

Entro cinque giorni dalla stipula del contratto (o dall'inizio della copertura) l'amministrazione si impegna a trasmettere alla Cassa di Assistenza, tramite un flusso informatico con tracciato da definire, l'elenco dei nominativi in copertura all'ultimo giorno di validità della precedente polizza.

La compagnia si impegna ad effettuare entro sette giorni, l'attivazione della copertura assicurativa in via preliminare, allo scopo di garantire la continuità del servizio.

Come anticipato nell'apposito paragrafo, l'amministrazione comunicherà, entro 90 giorni dalla stipula del contratto di assicurazione, l'elenco definitivo del personale da assicurare, alla luce delle eventuali nuove adesioni e/o rinunce eventualmente raccolte dall'amministrazione nei tempi stabiliti.

Naturalmente, coloro che avranno fruito di prestazioni nella fase transitoria non potranno rinunciare alla polizza per la prima annualità. La Società si impegna ad applicare scrupolosamente, ai beneficiari della polizza sanitaria dell'Ente, le condizioni previste nel presente capitolato. Tutte le altre condizioni generali di polizza, eventualmente già in uso presso la compagnia, non potranno essere considerate vincolanti per gli assicurati aderenti al piano sanitario CNR.

Il personale operante presso il call center dovrà essere adeguatamente informato circa le condizioni previste nel presente capitolato.

Sarà costituito un organismo di conciliazione composto da rappresentanti, da designare, del CNR e della Società, per la risoluzione di eventuali controversie relativa all'erogazione delle prestazioni.

La Società dovrà fornire al Direttore dell'esecuzione del contratto un numero di telefono, sempre attivo, del responsabile medico del Contact Center, per la gestione dei casi urgenti.

Le prestazioni attivate ed autorizzate durante la vigenza del presente contratto dovranno essere coperte dalla compagnia aggiudicataria, anche se erogate successivamente alla sua scadenza.

Allo stesso modo, la compagnia aggiudicataria non rimborserà le prestazioni già autorizzate dalla precedente polizza.

In caso di prestazioni a rimborso indiretto, gli assicurati dovranno attivare la procedura di rimborso entro l'ultimo giorno del terzo mese successivo alla data della prestazione.

Salvo casi di particolare urgenza, gli assicurati devono richiedere l'autorizzazione alla copertura delle prestazioni sanitarie con un preavviso di almeno sette giorni dalla data della prestazione. La società si impegna ad autorizzare le prestazioni entro 72 ore dalla data della richiesta e comunque con un anticipo di almeno 48 ore rispetto alla data della prestazione.

La società, al fine di mantenere aggiornato l'assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, deve mettere a disposizione i seguenti riepiloghi:

- riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate;
- riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'assicurato.

Entrambe le parti si impegnano a trattare i dati personali nel rispetto della normativa vigente (GDPR) e solo per le finalità istituzionali connesse agli adempimenti contrattuali.

9. Intermediazione assicurativa

Per la gestione del presente contatto, la stazione appaltante dichiara di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D. Lgs. 209/2005, da parte dell'operatore economico aggiudicatario della procedura di gara per l'affidamento del servizio di consulenza ed intermediazione assicurativa in fase di aggiudicazione/stipula.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Qualora la società intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker. La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 2% del premio imponibile. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla società alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il contraente.

10. Trattamento dei dati personali

Per i servizi di supporto amministrativo e gestione operativa connessi al presente contratto la Compagnia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, si avvale di Poste Welfare Servizi S.r.l. ("PWS"), in qualità di Responsabile del Trattamento, all'uopo designata ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 2016/679/UE ("GDPR"). Ciò considerato, la Compagnia dispone sotto la propria responsabilità che i dati anagrafici e i dati particolari (di cui all'art. 9 del GDPR) degli Assicurati vengano trasmessi dalla Contraente direttamente a PWS per consentire il corretto e tempestivo svolgimento delle attività operative da quest'ultima espletate. A tal fine, la Contraente si impegna a garantire la titolarità dei dati che trasmetterà a PWS e la liceità del relativo trattamento.

Le Parti convengono che le eventuali richieste provenienti dalla Contraente di estrazione di dati degli Assicurati, che possano essere configurate quale trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR, dovranno essere indirizzate alla Compagnia la quale, nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, potrà autorizzare l'invio di tali dati da parte di PWS, previa verifica della finalità del trattamento e, in ogni caso, nel pieno rispetto delle disposizioni della normativa sulla protezione dei dati personali."

11. Definizione dei termini medico sanitari

Assicurazione	La copertura sanitaria.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente **Ente Associato/Amministrazione**	CASPIE CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE.
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione
Società /Compagnia	Poste Assicura SPA.
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.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente_____

Il Contraente approva specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile: artt. 5.1, 7, 8 delle Condizioni di Assicurazioni

Il Contraente_____

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza sia direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione il Contraente si obbliga a consegnare loro le Condizioni di Assicurazione

Il Contraente_____

Il Contraente_____ **La Società_____**

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali" (articoli 13 e seguenti)

Poste Assicura S.p.A. (di seguito Compagnia) facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita appartenente al Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Europa 190 che opera in qualità di "titolare" del trattamento, desidera fornirLe le indicazioni chiare e semplici circa il trattamento dei Suoi dati personali. In caso di qualsiasi dubbio o chiarimento rispetto a quanto riportato di seguito, La invitiamo a contattarci ai recapiti del Presidio Privacy della Compagnia sottoindicati.

ALCUNE DEFINIZIONI PRINCIPALI

Il «**dato personale**» è qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («**interessato**»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Il **«trattamento»** è qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati applicate a dati personali, quali la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento, la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione, la messa a disposizione, il raffronto, l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione, la distruzione.

Il «**Titolare del trattamento**» è la persona giuridica che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali.

Il «**Contitolare**» è la persona giuridica che determina congiuntamente ad uno o più Titolati Titolari le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali dell'interessato, le responsabilità in merito all'osservanza degli obblighi derivanti dalla normativa applicabile.

Il «**Responsabile del Trattamento**» è la persona fisica o giuridica che tratta i dati personali per conto del Titolare del trattamento.

Il «**consenso**» dell'interessato è la manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, affinché i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento.

Per «**marketing**» si intende l'espletamento delle attività a carattere commerciale, pubblicitario e promozionale, quale ad esempio in maniera non esaustiva l'invio di materiale pubblicitario, la vendita diretta, il compimento di ricerche di mercato o la comunicazione commerciale, o le attività promozionali svolte nell'ambito di eventi e manifestazioni a premio promosse dalla Compagnia.

La «**profilazione**» è il trattamento con mezzi informatici e automatizzati consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali o relativi al rendimento professionale, la situazione economica, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità nei pagamenti, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti della persona fisica.

SOGGETTI AUTORIZZATI A TRATTARE I DATI PERSONALI

In relazione al singolo servizio richiesto, La Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali unitamente ad altri:

- Titolari, quando determinano le finalità e i mezzi del trattamento esclusivamente per la parte di propria competenza nell'ambito dell'esecuzione del servizio richiesto. Tali soggetti sono tenuti a rendere la propria informativa privacy al cliente;
- Contitolari, quando determinano, congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita, le finalità e i mezzi del trattamento nell'ambito dell'esecuzione di un determinato servizio richiesto. In tal caso l'informativa privacy viene resa dal Contitolare congiuntamente al Gruppo Assicurativo Poste Vita.

Gli incaricati sono i dipendenti del Gruppo Assicurativo Poste Vita e le figure assimilate, addetti materialmente al trattamento dei dati personali e autorizzate dal Titolare, direttamente o per il tramite dei delegati.

Inoltre, per lo svolgimento di alcune attività strumentali all'esecuzione del servizio richiesto, ovvero in relazione ad obblighi di legge e comunque in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali la Compagnia potrà nominare i Responsabili esterni del trattamento (terze parti che effettuano il trattamento dei dati personali per conto della Compagnia).

Per conoscere nel dettaglio le informazioni riguardanti la presenza di eventuali Titolari, Contitolari e dei principali Responsabili in base al servizio richiesto può rivolgersi al Presidio Privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190 – 00144 Roma.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

Senza che sia necessario un consenso esplicito, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria;
- società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza; società di revisione e certificazione delle attività svolte dalla Compagnia anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni;
- autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicistico (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.
- soggetti che operano, ad esempio, in materia di sistemi elettronici, assistenza, consulenza, qualità, stampa e imbustamento, servizi finanziari e assicurativi, recupero crediti, revisione e certificazione, lavorazioni massive di documenti;
- soggetti cui tale comunicazione debba essere effettuata per adempiere a prescrizioni dettate da normative nazionali e comunitarie (ad esempio: antiterrorismo, prevenzione delle frodi sulle carte di

pagamento, accertamenti fiscali e tributari, prestazione di servizi di investimento) nonché a disposizioni impartite da Organi di Vigilanza e Controllo.

Inoltre, per finalità amministrativo-contabili la Compagnia potrà comunicare i dati personali alle Società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

DATA PROTECTION OFFICER

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in viale Europa, 175 - 00144 Roma, e-mail: ufficiorpd@posteitaliane.it.

ORIGINE DEI DATI PERSONALI

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, i dati personali che la Compagnia tratta sono raccolti presso l'interessato, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. - patrimonio Bancoposta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.). I dati personali possono altresì, essere raccolti, telefonicamente tramite Contact center o corrispondenza elettronica, oppure possono essere ottenuti attraverso altri canali quali, ad esempio, siti web (social network, chat, App, installazione di cookie: per i cookie di terze parti ti invitiamo a prendere visione della relativa informativa pubblicata sui siti delle terze parti). I Suoi dati possono essere associati a identificativi online prodotti dai dispositivi, dalle applicazioni, dagli strumenti e dai protocolli utilizzati, quali gli indirizzi IP, a marcatori temporanei (cookies) o a identificativi di altro tipo. Tali identificativi possono lasciare tracce che, se combinate con identificativi univoci e altre informazioni ricevute dai server, possono essere utilizzate, con il Suo consenso, per creare profili individuali.

BASE GIURIDICA, FINALITA' DEL TRATTAMENTO E DEL CONFERIMENTO DEI DATI

La Compagnia tratta i Suoi dati personali nel quadro delle finalità "assicurative", quando è necessario nell'ambito di un contratto o ai fini della conclusione ed esecuzione di un contratto o dell'esecuzione di misure pre e post contrattuali (es. predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni). Il trattamento dei Suoi dati potrà altresì avvenire in conformità ad un obbligo di legge (es. per adempiere alle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di finanziamento del terrorismo internazionale).

Per finalità amministrativo- contabili, la Compagnia potrà comunicare i Suoi dati personali a Poste Italiane S.p.A. e/o società del Gruppo Poste Italiane. Tali trattamenti sono connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (in particolare: attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, alla tenuta della contabilità e all'applicazione delle norme in materia fiscale, previdenziale-assistenziale, di salute, igiene e sicurezza sul lavoro).

Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non è possibile fornirLe il servizio richiesto.

Il trattamento dei Suoi dati personali potrà inoltre essere considerato lecito quando:

- è necessario per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse;
- è basato sul diritto dell'Unione o di uno Stato membro per l'esercizio di pubblici poteri;
- è necessario per proteggere un interesse essenziale per la vita dell'interessato o di un'altra persona fisica;
- è effettuato per finalità diverse da quelle per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti, se compatibile con le finalità per le quali i dati personali sono stati inizialmente raccolti;
- è effettuato per legittimo interesse del Titolare del trattamento, o di terzi.

Inoltre, la Compagnia potrà trattare i Suoi dati personali nel caso in cui Lei avesse rilasciato un esplicito e facoltativo consenso per attività di marketing, ovvero per attività di profilazione.

Con il Suo consenso alla profilazione, la Compagnia effettuerà, con mezzi informatici automatizzati, delle analisi o elaborazioni volte a rilevare le preferenze di utilizzo dei servizi offerti al fine di migliorarli e renderli più aderenti alle Sue esigenze, sia aggregando i dati in classi omogenee sia elaborando profili individuali.

Infine, per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare sia per alcune tipologie di prodotto offerte nell'ambito della linea Protezione sia nell'ambito del servizio di liquidazione sinistri, la Compagnia ha la necessità di trattare **particolari categorie di dati personali**, quali dati relativi alla salute.

Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati, raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica messa a disposizione dell'Interessato (si rinvia a quanto inserito a margine di tale informativa). La Compagnia tratta tali dati necessari esclusivamente per dare seguito a specifici servizi ed operazioni richieste dai clienti, ad esempio, la liquidazione dei sinistri.

La Compagnia potrà effettuare trattamento di dati personali relativi a condanne penali e reati esclusivamente nei casi autorizzati dalla legge o dall'Autorità pubblica.

MODALITA' DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di ottenere dalla Compagnia l'accesso alle seguenti informazioni: le finalità del trattamento, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati (compresi destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali), il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo, l'origine dei dati personali, l'esistenza di un processo di profilazione e informazioni sulla logica utilizzata.

Inoltre, ha il diritto di:

- ottenere la rettifica dei dati personali inesatti;

- ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti;
- ottenere la limitazione del trattamento dei dati personali (in tal caso, i dati sono trattati soltanto con il Suo consenso, salvo che per la necessaria conservazione degli stessi);
- opporsi al loro trattamento;
- ottenere la cancellazione («diritto all'oblio»);
- ottenere la portabilità dei dati, ovvero la trasmissione dei Suoi dati personali da un Titolare del trattamento ad un altro, qualora tecnicamente fattibile.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al **Presidio Privacy** della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail: privacy@postevita.it; posta tradizionale: Viale Europa 190, 00144 Roma.

DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati dalla Compagnia possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

DIRITTO DI REVOCA DEI CONSENSI E CANALI DI CONTATTO

Le ricordiamo che gli eventuali consensi (es. per finalità di marketing o di profilazione) saranno sempre revocabili. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca stessa.

I canali di contatto utilizzati dal Gruppo Assicurativo Poste Vita per effettuare attività di marketing sono: telefono con o senza operatore, posta cartacea, posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, siti web. In qualsiasi momento potrà opporsi al trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di marketing, incluse le finalità di profilazione ad esse connesse. Inoltre, se preferisce essere contattato esclusivamente con modalità tradizionali (posta cartacea, telefono con operatore), in qualsiasi momento potrà opporsi anche soltanto ai mezzi automatizzati di contatto (e-mail, sms, mms, fax, telefono senza operatore).

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A UN PAESE TERZO

Il trasferimento di dati personali da Paesi appartenenti all'UE verso Paesi "terzi" non appartenenti all'UE è vietato, in linea di principio, a meno che il Titolare o il Responsabile del trattamento garantisca un livello di protezione "adeguato". Non verranno effettuati trasferimento dei dati verso Paesi terzi, fatti salvi i servizi espressamente richiesti dal cliente o gli specifici casi per i quali la Compagnia adotterà adeguate garanzie e provvederà ad informare l'interessato.

TUTELA DEI MINORI

I minori possono essere meno consapevoli dei rischi, delle conseguenze, nonché dei loro diritti in relazione al trattamento dei dati personali, pertanto il Gruppo Assicurativo Poste Vita rivolge loro una specifica protezione, con particolare riguardo all'utilizzo dei dati personali per fini di marketing o di creazione di profili individuali e alla raccolta di dati personali nell'ambito dei servizi forniti direttamente al minore. Per quanto riguarda l'offerta diretta di servizi della società dell'informazione (ovvero qualsiasi servizio prestato per via elettronica), il trattamento di dati personali richiede il consenso esplicito del minore ed è lecito ove il minore abbia compiuto l'età minima prevista dalla legge applicabile.

(Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia del sinistro)

Informativa privacy

ai sensi del Regolamento 2016/679/UE "Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali" (articoli 13 e seguenti)

Con riferimento all'Informativa Privacy ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all'atto di sottoscrizione della polizza per il tramite del Contraente di polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it, Le evidenziamo che per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri, Poste Assicura S.p.A (di seguito Compagnia), in qualità di Titolare del trattamento, si avvale di diversi soggetti ai quali potrebbe comunicare i suoi dati. Si tratta, in particolare, di intermediari assicurativi e riassicurativi (es. broker, agenti), consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri. Tali soggetti operano in qualità di Titolari autonomi o di Responsabili.
La informiamo che l'elenco dettagliato di tali soggetti è disponibile scrivendo al Presidio Privacy della Compagnia, tramite i seguenti canali: e-mail privacy@postevita.it, posta tradizionale: Viale Europa,190 00144 Roma.

Ciò premesso, acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute per le attività di gestione e liquidazione dei sinistri.

Qualora la copertura assicurativa sia estesa ai componenti del Suo nucleo familiare, limitatamente a figli minorenni, Lei si assumerà personalmente ogni tipo di responsabilità rispetto a tutti i dati personali relativi alla salute dei suindicati familiari per le attività di gestione e liquidazione sinistri forniti alla compagnia.

Luogo e data ...../...../.....

Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci) .....

Le segnaliamo che il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute è necessario e che l'eventuale assenza non consente l'avvio della pratica di liquidazione.

Verifica il file "CGA CNR verso Caspie per firma.pdf.p7m"

Firmato da PEZZI ANDREA

La Firma è stata verificata correttamente

Dettagli

Torna alla home | Visualizza | Salva | Apri cartella | Report | Salva Certificati