



Consiglio Nazionale delle Ricerche

Direzione Generale

Roma,
P.le Aldo Moro, 7 - 00185 Roma
Tel. (06) 4993.3832 - Fax (06) 4993.3324

AMMCNT - CNR - Amministrazione Cent

Tit.:

Cl.:

F.:

N. 0047547**25/06/2014**

**Ai Direttori/Dirigenti delle
Unità Organiche e Strutture
del CNR
Loro Sedi**

**A tutto il personale dipendente
del CNR
Loro Sedi**

Oggetto: assistenza sanitaria in favore del personale dipendente e relativi familiari

1. Premessa

L'attivazione di un piano di assistenza sanitaria per i dipendenti CNR mediante stipula di Polizza Sanitaria è il frutto di un processo avviato da tempo dall'Amministrazione, di concerto con le Organizzazioni Sindacali. Si ricorda, in particolare, che in data 20/06/2002 venne costituita una Commissione Paritetica CNR-OO.SS in tema di Benefici Assistenziali, il cui scopo era quello di proporre una ipotesi di CCNI "stralcio" sulle "Attività socio-assistenziali – Polizza sanitaria".

La predetta ipotesi di CCNI è stata successivamente rimodulata e sottoscritta in data 16 dicembre 2009 dopo aver definito in modo puntuale ogni condizione necessaria a garantire i dipendenti nella nuova forma di tutela assistenziale. L'ipotesi è stata quindi approvata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente con delibera n. 233/2009, nella riunione del 18 novembre e del 2 dicembre 2009, previo parere favorevole del Collegio dei revisori dei conti. Infine, l'ipotesi è stata trasmessa al DFP ed al MEF, ai sensi dell'art. 40 bis, comma 2, del D. Lgs. n.165/2001, ai fini della verifica sulla compatibilità economico-finanziaria e sui vincoli e limiti di competenza imposti dalle norme di legge e dalla contrattazione nazionale, previo parere favorevole del Collegio dei revisori dei conti rilasciato nella riunione del 13 aprile 2010. L'Amministrazione ha quindi acquisito i pareri favorevoli di dette Istituzioni con nota prot. AMMCNT-CNR n. 76866 del 28/10/2010 (parere MEF conclusivo del ITER – prot. MEF 0083679 del 7/10/2010; parere DPF conclusivo del ITER – prot. DFP 47833 del 27/10/2010). Il CCNI è stato quindi stipulato in data 16 novembre 2010.

Il servizio di assistenza sanitaria, che l'Ente garantirà in favore dei dipendenti del CNR e dei loro familiari mediante la sottoscrizione di una polizza sanitaria, verrà svolto dall'Unisalute Spa, alla quale è stato aggiudicato il detto servizio a seguito della gara europea a evidenza pubblica recentemente conclusa. La Compagnia fa parte del Gruppo Assicurativo Unipol, uno dei principali gruppi assicurativi italiani e prima compagnia specializzata in polizze sanitarie.

L'Amministrazione ha avviato la procedura per la sottoscrizione del contratto assicurativo di assistenza sanitaria alle condizioni appresso indicate, contratto che garantirà l'assistenza sanitaria per **tre anni a decorrere dal 1° settembre 2014**, a tutti i dipendenti con contratto a tempo indeterminato e determinato, in servizio alla predetta data, nonché in favore dei familiari dei dipendenti. **Il premio relativo al dipendente è a carico dall'Ente** mentre quello relativo ai familiari dei dipendenti, ovvero dei dipendenti in quiescenza a partire dal 22 settembre 2010, sarà posto a carico dell'interessato.

Pertanto, **tutti i dipendenti dell'Ente risulteranno automaticamente iscritti alla polizza sanitaria** salvo, comunque, la facoltà di ciascun dipendente di rinunciare ai benefici derivanti dalla

presente assistenza sanitaria, mediante dichiarazione da rendere entro 30 giorni dalla presente comunicazione, esclusivamente secondo le modalità indicate al successivo paragrafo 4.

Di seguito vengono illustrati gli aspetti più caratterizzanti del sistema di assistenza sanitaria garantito dalla polizza, il quale è da considerarsi complementare e non alternativo al sistema dei sussidi ordinari e speciali che sarà comunque garantito nei limiti finanziari sotto specificati. Verranno descritte, inoltre, le modalità di utilizzo e gestione dei fondi già stanziati ma non assorbiti dalla polizza sanitaria, cui potranno accedere sia i dipendenti iscritti alla polizza sia i rinunciatarci, nonché le modalità operative per accedere alla polizza sanitaria.

2. Polizza sanitaria e sussidi come sistema integrato a garanzia dei dipendenti

Al fine di chiarire meglio il sistema integrato "Polizza sanitaria e sussidi" che fornisce ai dipendenti una completa assistenza sanitaria occorre evidenziare le principali caratteristiche dei due sistemi.

Il sistema dei sussidi ha prevalentemente **natura assistenziale e sociale**, essendo finalizzato ad assicurare ai dipendenti un livello di assistenza sanitaria nei limiti di accesso e rimborso previsti dal vigente CCNI in quanto, ai sensi del dpr n. 509/79, i sussidi sono concessi *"in presenza di documentate situazioni di necessità determinate da gravi eventi che incidono sul bilancio familiare del dipendente"*.

La **polizza sanitaria** rappresenta, invece, una forma di tutela, di protezione e di sicurezza finalizzata a sostenere il dipendente nel salvaguardarsi dagli imprevisti dipendenti dallo stato di salute proprio e dei propri familiari **consentendo una pianificazione più serena del proprio futuro**. La polizza, quindi, garantisce al personale CNR un **rimborso delle spese sanitarie che prescinde dai limiti del vigente CCNI e dei livelli pro capite di reddito** e si applica indistintamente a tutto il personale.

Sul piano dell'applicazione concreta, le finalità che caratterizzano i **due sistemi paralleli** di assistenza sanitaria si riflettono sui criteri di attribuzione dei rimborsi delle spese mediche e sanitarie, qui di seguito brevemente riportati nella Tab. 1:

Tab. 1

SUSSIDI	POLIZZA SANITARIA
il sussidio è concesso a condizione che le spese documentate incidano sul bilancio familiare del dipendente in misura uguale o superiore all'1% del reddito familiare pro-capite	rimborso delle spese sanitarie avviene a prescindere dai livelli di reddito e si applica omogeneamente e indistintamente a tutto il personale
la misura del sussidio varia in base al reddito familiare pro-capite	non vi sono preclusioni o limitazioni sulla base del reddito familiare pro-capite
il dipendente anticipa le spese per le prestazioni mediche e sanitarie e poi, per ciascun anno solare, può presentare una richiesta di rimborso	il dipendente non anticipa le spese per prestazioni rese in strutture convenzionate, circa 8.000 su tutto il territorio nazionale
il sussidio consiste nel rimborso del 50% delle spese documentate	il rimborso è integrale, salvo franchigia o scoperto a seconda della prestazione
in ogni caso il sussidio è concesso per spese che vanno da un minimo di € 258,00 ad un massimo di € 1.240,00, per ciascun anno solare	sono previsti diversi massimali di indennizzo che variano in base alla natura della prestazione sanitaria (as. € 350.000 per spese di ricovero)
l'importo del sussidio contribuisce alla formazione del reddito imponibile ed è, quindi, assoggettato a tassazione Irpef prevista in base agli scaglioni di riferimento	Il rimborso mediante polizza sanitaria non è soggetto a tassazione IRPEF

Nella seguente tabella 2 vengono riportate le condizioni ed i criteri stabiliti per la concessione dei sussidi nonché il "**sussidio speciale**", che viene concesso per **gravi e documentati motivi di salute**, entro il limite massimo di € 5.160,00.

Tabella 2

SUSSIDIO ORDINARIO

CRITERI IN BASE AL REDDITO PRO-CAPITE			SPESE DOCUMENTATE		IMPORTO SUSSIDIO
			da	a	
Il sussidio copre le spese mediche e sanitarie che incidono in misura uguale o superiore all'1% del reddito familiare pro-capite	inferiore a 10.000,00	una richiesta all'anno per conto dell'intero nucleo familiare, qualora nessun familiare superi la spesa di € 258,00	€ 258,00	€ 1.240,00	50% delle spese documentate (min 129,00 max 620,00)
	fino a 20.000,00		€ 258,00	€ 1.240,00	50% delle spese documentate (min 129,00 max 620,00)
	oltre 20.000,00	una richiesta all'anno per ciascun componente il nucleo familiare	€ 258,00	€ 1.039,00	50% delle spese documentate (min 129,00 max 519,50)
			€ 1.040,00	€ 1.240,00	€ 520,00

SUSSIDIO SPECIALE

Il "sussidio speciale" è concesso per gravi e documentati motivi di salute, entro il limite massimo di € 5.160,00.

Altro beneficio consiste nella **diversificazione dei massimali** in base alla tipologia di spesa sanitaria. Diversamente dai sussidi, che prevedono un massimale unico di € 1.240,00 (rimborsabile fino al 50% con un massimo di 620,00 per i redditi più bassi), valevole per qualsivoglia tipo di prestazione sanitaria, con la polizza sanitaria sono previsti diversi massimali di indennizzo che variano in base alla natura della prestazione sanitaria. A titolo meramente esemplificativo, si consideri che la polizza sanitaria garantisce per ciascun anno assicurativo la copertura delle seguenti spese:

- le spese di ricovero comprese quelle precedenti e successive connesse al medesimo, vengono rimborsate fino al massimale di **euro 350.000,00**, per nucleo familiare;
- le spese per esami diagnostici vengono rimborsate fino al massimale di **euro 4.000,00**, per ciascun componente il nucleo familiare;
- le spese per visite specialistiche vengono rimborsate fino al massimale di **euro 4.500,00**, per ciascun componente il nucleo familiare;
- le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi derivanti da infortunio vengono rimborsate fino al massimale di **euro 350,00**, per ciascun componente il nucleo familiare;
- le spese di assistenza infermieristica a domicilio vengono rimborsate fino alla concorrenza di **euro 100,00 al giorno**, per un massimo di **100 giorni**, per nucleo familiare;
- le spese per le cure odontoiatriche e ortodontiche, derivanti da infortunio, vengono rimborsate fino alla concorrenza di **euro 2.000,00**, per nucleo familiare;

- le spese di ricovero per il parto vengono rimborsate fino al massimale di **euro 4.000,00**;
- spese per visite, esami, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche, vengono rimborsate fino al **massimale di € 17.000,00** per nucleo familiare, in aggiunta al massimale previsto per il ricovero, se rese dal SSN o strutture e medici convenzionati.

Tali condizioni, riportate dettagliatamente nell'allegato Capitolato Tecnico (all.1), garantiscono al personale dell'Ente una delle coperture più complete nel settore. Per completezza di informazione, pertanto, tutto il personale è invitato a leggere accuratamente il predetto Capitolato Tecnico.

La polizza collettiva stipulata dall'Ente consente a tutti i **dipendenti**, ed ai relativi **familiari** cui il dipendente intenda estendere la Polizza, di **usufruire dei benefici previsti indipendentemente dagli accertamenti sullo stato di salute dell'assicurato** che incide notevolmente anche sulla determinazione del prezzo della Polizza.

Altra fondamentale differenza tra i due sistemi (polizza-sussidi) deriva dalla possibilità offerta dalla polizza assicurativa di poter usufruire delle prestazioni sanitarie presso una **rete di circa 8.000 Strutture Sanitarie Convenzionate largamente diffuse su tutto il territorio nazionale**. L'assicurato potrà pur sempre avvalersi delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e beneficiare, anche in tal caso, delle forme di rimborso garantite dalla polizza sanitaria. In alternativa, potrà decidere di farsi curare presso una Clinica privata, scegliendola tra le tante convenzionate con la Compagnia di Assicurazioni, evitando i tempi di attesa cui sono costretti di norma i pazienti delle Strutture sanitarie pubbliche e assicurandosi così il giovamento, anche di carattere psicologico, di giungere anzitempo a una diagnosi o a una terapia efficace.

La presenza di una rete di Strutture Sanitarie Convenzionate offre un importante vantaggio per il personale assicurato. Nel caso in cui ci si rivolga a strutture convenzionate è previsto il **pagamento diretto** da parte della Compagnia delle prestazioni erogate, per cui l'assicurato non avrà nemmeno l'onere di dover anticipare il costo dei servizi fruiti e in seguito richiedere il rimborso delle spese sostenute e documentate.

La polizza sanitaria garantisce anche alcuni **servizi di consulenza e assistenza sanitaria telefonica**, a mezzo numero verde gratuito disponibile 24 ore su 24.

In particolare, potranno ottenersi rapidamente informazioni sanitarie in merito alle strutture sanitarie pubbliche e private, loro ubicazione e specializzazioni per particolari patologie, e sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria. Tramite numero verde potranno effettuarsi prenotazioni per prestazioni sanitarie, potranno chiedersi in via d'urgenza dei pareri medici immediati e potrà richiedersi anche l'Invio di un medico convenzionato nel caso in cui, per infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di una visita medica indifferibile, nella fascia oraria dalle 20 alle 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi.

Considerata la diversità dei due sistemi assistenziali esaminati, al fine di assicurare la massima copertura sanitaria possibile, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, l'Ente ha deciso di **continuare ad utilizzare una consistente parte delle risorse per coprire le spese sanitarie non rimborsabili mediante polizza sanitaria, offrendo così a tutto il personale dipendente un sistema integrato di assistenza sanitaria**.

3. Polizza sanitaria - Informativa privacy

Tutti i dipendenti risulteranno automaticamente iscritti alla polizza sanitaria salva, comunque, la facoltà di rinuncia.

Al fine di consentire alla Compagnia assicurativa di poter rendere i servizi di assistenza sanitaria sarà **necessario che i dipendenti** esprimano direttamente il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte della Compagnia medesima.

Tale adempimento, cui sono tenuti tutti i dipendenti non rinunciatari, dovrà essere assolto compilando il **“modulo di rilevazione dei dati”** (versione pdf compilabile – in all. 2) accedendo alla apposita sezione dedicata alla Polizza sanitaria disponibile in SIPER. Una volta compilato, il modulo andrà stampato firmato scansionato in formato pdf ed dovrà essere caricato/allegato nell'apposita sezione della procedura SIPER. All'atto della conferma tramite il tasto “invia” il modello sarà trasmesso automaticamente dal sistema informatico alla Compagnia di assicurazione. Si allega una breve guida sulle *“Modalità di compilazione del modulo rilevazioni dati”* (all. 3).

L'adempimento predetto dovrà essere effettuato a partire dal 1° luglio 2014 e fino all'11 agosto 2014 ed è indispensabile esclusivamente per ottenere il rimborso da parte della Compagnia delle spese sostenute dal dipendente iscritto alla Polizza.

4. Assistenza sanitaria per i dipendenti che rinunciano alla Polizza

Come sopra detto, ciascun dipendente ha la **facoltà di rinunciare** alla copertura sanitaria derivante dalla polizza, mediante dichiarazione da rendere all'Amministrazione **entro e non oltre 30 giorni** dalla presente comunicazione. Detta rinuncia dovrà essere formalizzata esclusivamente attraverso modulo telematico presente in apposita sezione del sistema informatico Servizi in linea per il personale (SIPER).

In mancanza di formale rinuncia, ovvero in caso di rinuncia tardiva, il dipendente verrà inserito nella copertura assicurativa derivante dalla polizza sanitaria.

Successivamente alla stipula del contratto con la Unisalute Spa il dipendente rinunciatario potrà subentrare nella copertura assicurativa **esclusivamente** per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria di cui era titolare oppure, nel caso di personale assegnato presso sedi CNR all'estero, per effetto del trasferimento in Italia.

Il dipendente che ha espresso la rinuncia non potrà estendere i benefici della Polizza ai propri familiari, salvo il caso del subentro successivo per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria individuale.

Tutti i dipendenti ed i loro familiari, anche quelli che rinunceranno alla Polizza sanitaria, potranno concorrere all'utilizzo delle risorse del Fondo Sussidi ordinari e speciali **esclusivamente** per richiedere il rimborso delle **spese non rientranti** nella copertura della Polizza sanitaria

Al fine di assicurare un'assistenza sanitaria estesa alla totalità dei dipendenti, l'Ente garantirà al personale rinunciatario il rimborso del 50% delle spese documentate per sussidio ordinario e/o speciale sostenute, fino **all'importo massimo di € 275,00** per ciascun anno di riferimento, importo corrispondente al premio lordo di aggiudicazione della gara.

Detto importo viene riservato ad esclusivo utilizzo del dipendente rinunciatario e non può essere utilizzato per richiedere il rimborso delle spese sostenute dai familiari del dipendente medesimo.

L'eventuale quota inutilizzata del predetto importo relativa all'anno di riferimento, verrà destinata ad incrementare il fondo dedicato ai Sussidi ordinari e/o speciali a beneficio di tutti i dipendenti.

Per l'anno 2014 (periodo transitorio), i dipendenti rinunciatari potranno accedere al rimborso delle spese mediante sussidio **fino all'importo massimo di € 91,67**, sulla base delle spese documentate del periodo 1 settembre – 31 dicembre 2014 ed esclusivamente per chiedere il rimborso delle spese non coperte dalla Polizza sanitaria.

5. Estensione della polizza ai familiari dei dipendenti e al personale in quiescenza

Il dipendente non rinunciatario, iscritto alla Polizza sanitaria, potrà estendere la copertura assicurativa, entro il limite di durata degli effetti della polizza, con versamento del relativo premio a proprio carico, ai familiari di cui alla tabella sotto riportata:

Tabella 3

Estensione facoltativa della polizza	Premio annuo *
a) per il coniuge o convivente "more uxorio", nella misura del 85% del premio annuo riferito al personale dipendente;	€ 212,50
b) per ogni figlio, nella misura del 80% del premio annuo riferito al personale dipendente;	€ 200,00
c) per ogni figlio, in caso di famiglie con almeno tre figli, nella misura del 60% del premio annuo riferito al personale dipendente;	€ 150,00
d) per ogni genitore risultante dallo stato di famiglia, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente;	€ 500,00
e) per il personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente;	€ 500,00
f) per il personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente.	€ 500,00
<i>* premio annuo comprensivo di oneri fiscali</i>	

Si precisa che l'estensione in favore dei figli può avvenire sia nei confronti di quelli risultanti dallo stato di famiglia sia per quelli non risultanti dallo stato di famiglia, questi ultimi purché abbiano trasferito la propria residenza in seguito a separazione o divorzio dei genitori.

L'estensione ai familiari potrà avvenire a prescindere se i familiari siano, o meno, fiscalmente a carico del dipendente e non vige l'obbligo di includere tutte le persone, come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia.

L'estensione ai familiari della polizza sanitaria potrà essere effettuata esclusivamente dal dipendente che non ha espresso la rinuncia.

Il dipendente che rinuncia alla polizza sanitaria CNR in quanto titolare di altra polizza individuale potrà assicurare i propri familiari solo dopo aver aderito alla Polizza CNR successivamente alla scadenza della polizza individuale.

Qualora il dipendente sia iscritto alla Polizza CNR, il familiare sia in possesso di una propria polizza individuale, potrà subentrare alla polizza CNR, successivamente alla stipula del contratto con la Unisalute Spa, esclusivamente per effetto della scadenza della polizza individuale.

L'attivazione dell'assicurazione per i familiari dovrà avvenire accedendo al sistema SIPER nell'apposita sezione dedicata alla Polizza sanitaria, contestualmente all'adempimento riguardante la privacy, con le modalità ed i termini indicati al paragrafo 3.

L'adempimento predetto dovrà essere effettuato a partire dal 1° luglio 2014 e fino all'11 agosto 2014 ed è indispensabile esclusivamente per ottenere il rimborso da parte della Compagnia delle spese sostenute dal dipendente iscritto alla Polizza.

Il dipendente che decide di estendere l'assicurazione in favore dei propri familiari potrà comunque revocare l'estensione alla scadenza di ogni annualità. Successivamente alla revoca, l'estensione ai familiari non potrà essere più attivata per tutta la durata del contratto.

Il premio annuo relativo ai familiari del dipendente verrà versato dal CNR alla Compagnia in tre rate quadrimestrali (scadenti alla fine del secondo mese del quadrimestre), previa relativa **trattenuta mensile sullo stipendio** nella misura necessaria a far fronte all'importo della singola rata. Ad esempio, prima rata del quadrimestre 2014 (settembre – dicembre 2014) scade il 31 ottobre 2014.

La rata di premio riferita al predetto quadrimestre 2014, verrà versata dal CNR alla Compagnia entro il 31 ottobre 2014, previa relativa trattenuta mensile sullo stipendio di settembre ed ottobre nella misura necessaria a far fronte all'importo della rata medesima. Dal successivo mese di novembre e fino al mese di febbraio 2015 saranno trattenute le somme necessarie al pagamento della rata del primo quadrimestre 2015 (gennaio – aprile 2015), scadente il 28 febbraio 2015. Si continuerà con tale cadenza fino alla fine del contratto.

L'Amministrazione provvederà a comunicare ai **dipendenti posti in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010** la possibilità di aderire entro il 11 agosto 2014 alla Polizza CNR. Sarà cura del singolo dipendente contattare la Compagnia all'apposito numero verde attraverso il quale verranno fornite le informazioni necessarie per l'attivazione diretta della polizza.

6. Assistenza sanitaria per dipendenti e familiari che subentrano successivamente al 1° settembre 2014

Le inclusioni di dipendenti, e loro familiari, in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili nei seguenti casi:

- nuove assunzioni;
- nuovo evento familiare: per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite;
- scadenza polizza individuale o rientro dall'estero: il dipendente rinunciatario esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria ovvero, nel caso di personale assegnato presso sedi CNR all'estero, per effetto del trasferimento in Italia.

La garanzia decorre dal giorno dell'assunzione (per il dipendente ed i familiari), dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, dalla scadenza di altra polizza sanitaria ovvero dal rientro in Italia, **sempreché in detti casi l'inclusione venga comunicata alla Società entro 90 giorni**. Qualora l'inclusione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Nei casi suddetti le modalità di adesione verranno previste da successiva comunicazione.

7. Fondi per Sussidi ordinari e speciali

Tutti i dipendenti ed i loro familiari, sia iscritti che rinunciatarî alla Polizza sanitaria, possono comunque concorrere all'utilizzo delle risorse del Fondo Sussidi ordinari e speciali con i medesimi criteri e nei limiti definiti dal vigente CCNI.

Secondo una stima odierna, suscettibile di aumenti a seguito di aggiornamenti alla data di stipula del contratto assicurativo l'ammontare annuo riguardante le risorse del Fondo Sussidi è pari

a € 639.350,00. L'utilizzo del Fondo Sussidi ordinari e speciali sarà limitato soltanto al rimborso delle **spese non rientranti** nella copertura della Polizza sanitaria e, per i soggetti beneficiari della polizza, sarà necessario aver previamente richiesto il rimborso alla Compagnia di assicurazioni.

Relativamente all'anno 2014 (regime transitorio), in considerazione della decorrenza della Polizza sanitaria al 1° settembre 2014, le risorse disponibili risultano ammontare ad € 2.306.016,67. Quindi, nei limiti di tali risorse, tutti i dipendenti ed i loro familiari, **sia iscritti che rinunciatari alla Polizza sanitaria**, potranno contare su un **Fondo sussidi** per le spese sostenute **dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014**, il cui utilizzo avverrà con i medesimi criteri e nei limiti definiti dal vigente CCNI. **Tuttavia per le spese sostenute successivamente alla decorrenza degli effetti della polizza (1 settembre 2014) e fino al 31 dicembre 2014, tutti i dipendenti ed i loro familiari, sia iscritti che rinunciatari alla Polizza sanitaria, potranno accedere alle risorse del Fondo Sussidi ordinari e speciali per chiedere esclusivamente il rimborso delle spese non coperte dalla Polizza sanitaria.**

*** *** ***

I Direttori/Dirigenti in indirizzo sono invitati a dare la massima diffusione alla presente circolare provvedendo ad affiggerne copia nella bacheca facilmente accessibile da parte del personale interessato.


IL DIRETTORE DELLA DCGRU


IL DIRETTORE GENERALE

Allegati:

1. capitolato tecnico;
2. modulo di rilevazione dei dati/privacy;
3. guida sulle "Modalità di compilazione del modulo rilevazioni dati"

All. 1



Consiglio Nazionale delle Ricerche

DIREZIONE CENTRALE
SUPPORTO ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLE INFRASTRUTTURE

SERVIZI GENERALI DELLA SEDE CENTRALE
IL DIRETTORE

CAPITOLATO TECNICO

procedura negoziata previa pubblicazione di un bando di gara ai sensi dell'art. 56, comma 1, lett. a) del D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i. "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive CE/17/2004 e CE/18/2004" per l'affidamento del servizio assicurativo di assistenza sanitaria in favore del personale dipendente del Consiglio Nazionale delle Ricerche – CIG 52412700D5

20/11/2011

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa a favore dei dipendenti, in servizio e in quiescenza, del Consiglio Nazionale delle Ricerche e dei loro familiari.

L'Amministrazione stipulerà con l'Assicuratore il Contratto di Assicurazione in conformità alle condizioni di cui al presente Capitolato Tecnico.

DEFINIZIONI

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

Assicurazione	La copertura sanitaria.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente o Amministrazione	Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione
Società	La Compagnia di Assicurazioni aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai 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	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la società ha definito un 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 stessi o comunque ad essi connesse.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in Istituto di Cura o della degenza in day hospital o dell'intervento chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite dal contratto assicurativo, reso necessario da malattia, infortunio e parto.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia (o minimo non indennizzabile)	La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

SEZIONE A SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE
--

1 – Personale dipendente in servizio

L'assicurazione è prestata in favore dei dipendenti dell'Amministrazione, con contratto a tempo indeterminato o determinato assegnati presso sedi CNR in Italia ovvero all'estero, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione, ed il relativo onere economico è assunto dall'Amministrazione.

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

Il numero dei dipendenti complessivamente da assicurare, secondo l'ultimo dato aggiornato al 1 luglio 2013, è pari a 8.321 unità. Di seguito si riporta una suddivisione per categorie di dette unità:

Numero totale dipendenti in servizio	8.321
Numero dipendenti donne	3.788
Numero dipendenti uomini	4.533
Età media dipendenti	46,68
M	47,36
F	46,36
Numero dipendenti dislocati nel nord Italia	1.993
centro Italia	3.480
sud Italia	2.819
Numero dipendenti dislocati all'estero	29

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

2 - Estensione facoltativa dell'assicurazione a soggetti diversi

L'assicurazione può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico dell'assicurato, entro il limite di durata degli effetti della polizza, ai seguenti soggetti:

- a) coniuge o convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia;
- b) figli non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori;
- c) genitori del dipendente purché risultanti dallo stato di famiglia;
- d) al personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza;
- e) al personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010, il cui numero, secondo l'ultimo dato aggiornato al 1 luglio 2013, è pari a:

Numero totale dipendenti posti in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010	294
Numero dipendenti donne	64
Numero dipendenti uomini	244

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

Nel caso di estensione ai familiari non vige l'obbligo di includere tutte le persone, come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia. Successivamente alla stipula del contratto, il familiare potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria.

3 - Adesione di altre Amministrazioni pubbliche

La Società aggiudicataria si impegna a praticare le medesime condizioni contrattuali previste nel presente Capitolato Tecnico, nel Disciplinare di gara e negli altri atti di gara, in favore degli altri Enti pubblici di Ricerca che ne manifestino l'interesse.

L'Amministrazione non assume alcun onere, obbligo e/o responsabilità in merito alla conclusione e/o all'esecuzione e/o gestione del contratto di assicurazione tra la Società aggiudicataria e gli altri Enti pubblici di Ricerca, tanto nei confronti dell'una che degli altri.

Il contratto di assicurazione che l'Amministrazione stipulerà con la Società aggiudicataria resta del tutto autonomo ed indipendente dagli eventuali contratti di assicurazione conclusi con gli Enti pubblici di Ricerca.

<p style="text-align: center;">SEZIONE B OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</p>

Le prestazioni oggetto dell'assicurazione sanitaria sono determinate dalla presente sezione.
La Società deve fornire un servizio di accesso ad una rete di Strutture Sanitarie Convenzionate nella quale gli Assicurati possono usufruire dei servizi assicurativi.
Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- b) Strutture sanitarie non convenzionate con la Società;
- c) Servizio Sanitario Nazionale.

1 - Ricovero

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle prestazioni sotto indicate fino alla concorrenza del **massimale di € 350.000,00**, per anno assicurativo e per nucleo familiare, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara.

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

1.1 Ricovero a seguito di malattia o infortunio

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società, direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 350,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

In strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute sono liquidate integralmente dalla Società, direttamente alla struttura sanitaria.

Nel caso di ricovero in strutture sanitarie non convenzionate, la garanzia è prestata nel limite di €. 80,00 al giorno per un massimo di 60 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 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

1.2 Trasporto sanitario

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

1.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

La Società provvederà al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" e 1.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

1.4 Intervento chirurgico anche ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvederà al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" lett. a) Pre-ricovero, b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, f) Post-ricovero e 1.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

1.5 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società provvederà al pagamento delle spese previste ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" e 1.2 "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 garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

1.6 Parto e aborto

L'assicurazione è prestata fino ad un limite massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare in strutture non convenzionate o del Servizio Sanitario Nazionale, mentre è da intendersi senza alcun limite in strutture convenzionate. Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

In caso di parto fisiologico, parto cesareo e aborto, consentito dalla normativa vigente, effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore, f) "Post-ricovero", e 1.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

1.7 Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite o franchigia all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

- punto 1.2 "Trasporto sanitario", che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati;
- punto 1.6 "Parto e aborto", che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società.

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 2.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 1.1 "Ricovero a seguito di malattia e infortunio":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";

punto 1.2 "Trasporto sanitario";

punto 1.6 "Parto e aborto";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto successivo 1.8 "Indennità Sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società".

1.8 Indennità sostitutiva

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

2 - ESAMI DIAGNOSTICI

La Società provvederà al rimborso/pagamento delle spese per gli esami diagnostici sotto elencati fino alla concorrenza del **massimale di € 4.000,00**, per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare.

Alta diagnostica radiologica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia



- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia Intravenosa
- Colangiografia percutanea (Ptc)
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluoroangiografia
- 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
- Gastrosopia, Rettoscopia e Colonsopia
- Rx Torace
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie



- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

3 - VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti nel punto 2, 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, fino alla concorrenza del **massimale di € 1.500,00**, per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di 50,00 euro per visita specialistica.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20 % e con un minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni visita specialistica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i "ticket" sanitari a carico dell'Assicurato.

4 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO



La Società provvederà al rimborso/pagamento delle spese per i trattamenti sotto elencati fino alla concorrenza del **massimale di € 350,00**, per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare.

La Società provvederà 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 garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50 %.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

5 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

La Società rimborserà le spese di assistenza infermieristica domiciliare a seguito di malattia o infortunio, prescritta da sanitario e praticata da personale infermieristico qualificato, nel limite di **€ 100,00 al giorno** per un massimo di 100 giorni per nucleo familiare e anno assicurativo, .

6 - CURE DENTARIE DERIVANTI DA INFORTUNIO

La Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, provvederà al rimborso/pagamento delle spese per le cure odontoiatriche e ortodontiche derivanti da infortunio fino alla concorrenza del **massimale di € 2.000,00**, per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 150,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

7 - SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

Per l'Italia, la società garantirà i seguenti servizi di consulenza ed assistenza telefonica, a mezzo numero verde gratuito disponibile 24 ore su 24:

a) Informazioni sanitarie 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 fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà 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 organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

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

- 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. 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.

Per l'estero, la società garantirà i seguenti servizi di consulenza ed assistenza telefonica, a mezzo numero verde contattabile 24 ore su 24:

h) Viaggio di un familiare all'estero

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

a) 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 irripetibili 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.

b) 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 sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Società, 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 Società, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

8 - CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale necessarie, e delle spese di ortopantomografia, dentalscan e telecranio, fino alla concorrenza del **massimale di € 100,00**.

per anno assicurativo e per nucleo familiare, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara. Tali prestazioni dovranno essere eseguite esclusivamente da strutture e personale convenzionato con la Società ovvero presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Se nel corso della prima annualità di polizza vengono eseguite prestazioni il cui costo eccede il limite annuo di spesa sopra indicato, la Società autorizzerà le spese nei limiti del massimale previsto per l'intera durata della polizza. In questo caso, nell'annualità successiva i massimali previsti saranno decurtati di un valore pari a quello già consumato.

I massimali non utilizzati nel corso della prima annualità di polizza, e ad essa relativi, non potranno comunque essere utilizzati nell'annualità successiva.

Nel caso si utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti o franchigie.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari nel limite dei massimali assicurati.

9 – PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa con uno scoperto del 20% le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche senza alcun limite annuo per nucleo familiare.

10 – CURE PER MALATTIE ONCOLOGICHE

In caso di malattie oncologiche, la Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche, anche farmacologiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente l'indicazione della patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare, da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto al punto 1 della presente sezione, salvo eventuali offerte migliorative proposte in sede di gara.

SEZIONE C PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

1 - Premio a carico dell'Amministrazione

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

Ai fini del calcolo del premio annuo totale l'Amministrazione comunicherà, prima della stipula del contratto di assicurazione, l'elenco del personale, con le relative generalità, da assicurare in base alle condizioni previste nel presente Capitolato Tecnico. Il premio annuo totale che sarà corrisposto dall'Amministrazione è determinato dal premio individuale risultante dall'offerta aggiudicataria per il numero dei dipendenti CNR che non hanno rinunciato ai benefici della Polizza.

Il premio annuo totale sarà pagato in due rate semestrali di uguale importo, la prima entro 60 giorni dalla sottoscrizione del contratto, la seconda entro 60 giorni dall'inizio del secondo semestre.

Entro 90 giorni successivi alla fine di ogni annualità, l'Amministrazione comunicherà alla Società il numero effettivo dei dipendenti assicurati, con le relative generalità, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio.

2 - Premio a carico dell'assicurato

L'attivazione dell'assicurazione per i soggetti indicati nella precedente sezione A - Soggetti aventi diritto all'assicurazione, punto 2 (familiari e personale in quiescenza), avviene su adesione volontaria, mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo.

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

La Società si impegna a praticare i seguenti premi annui, comprensivi di oneri fiscali:

- a) per il coniuge o convivente "more uxorio, nella misura del 85% del premio annuo riferito al personale dipendente;
- b) per ogni figlio, nella misura del 80% del premio annuo riferito al personale dipendente;
- c) per ogni figlio, in caso di famiglie con almeno tre figli, nella misura del 60% del premio annuo riferito al personale dipendente;
- d) per ogni genitori risultante dallo stato di famiglia, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente;
- e) per il personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente;
- f) per il personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della polizza, nella misura del 200 % del premio annuo riferito al personale dipendente.

Il pagamento dovrà avvenire entro gli stessi termini e modalità indicati al punto 1 della presente sezione.

3 - Inclusioni

Relativamente alle inclusioni di dipendenti e familiari avvenute in data successiva a quella di effetto della polizza, nei casi previsti, il premio corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

<p align="center">SEZIONE D DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA</p>
--

L'assicurazione ha una durata di anni 3 (tre), con riserva di esercitare la facoltà di ripetizione di servizi analoghi per altri 2 (due) anni ai sensi dell'art. 57, comma 5, lett. b), di cui al disciplinare di gara, a decorrere dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del contratto di assicurazione, se il premio o la prima rata sono stati pagati nei termini previsti. Diversamente, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

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

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

Non oltre quattro mesi prima dalla scadenza della seconda annualità di polizza, la Società effettuerà il calcolo del rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i 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 anche quelli relativi alle coperture per il personale in quiescenza e per i familiari iscritti nelle relative polizze.

$$\frac{\text{sinistri pagati e riservati relativi alle due annualità}}{\text{premi netti di competenza relativi alle due annualità}} > 75\%$$

In presenza di un valore superiore al 75%, la Società ha la facoltà di proporre, non oltre due mesi prima dalla scadenza della seconda annualità di polizza, e con effetto per la terza annualità, le modifiche alle garanzie del contratto tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 75%. Nel caso di mancata accettazione delle nuove condizioni da parte del Contraente, la Società potrà recedere dal contratto, mediante disdetta da comunicare tramite raccomandata A/R entro la scadenza della seconda annualità di polizza. La disdetta avrà effetto a decorrere dal compimento del terzo mese successivo alla scadenza della seconda annualità di polizza, periodo per il quale sarà corrisposto un premio pari a 3/12 del premio annuale.

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

Qualora il dipendente neoassunto intenda estendere la copertura assicurativa ai propri familiari dovrà includerli nella copertura all'atto. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

I neoassunti e i loro familiari hanno la facoltà di rinunciare e/o di subentrare nella copertura assicurativa secondo le modalità previste al punto 1 – Personale dipendente in servizio, della Sezione A - Soggetti aventi diritto all'assicurazione.

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

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

SEZIONE E

CONDIZIONI ULTERIORI DEI SERVIZI ASSICURATIVI

1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Sono ammesse al rimborso le spese sostenute in tutto il mondo.

2 - INCLUSIONI

- Inclusione del nucleo familiare. Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi con costi a carico del dipendente.

- Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

In caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni dalla variazione stessa. In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione alla Compagnia.

- Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del contratto

In caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente e i familiari, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Compagnia e alla Cassa aziendale entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione.

- Successivamente alla stipula del contratto da parte del CNR, il dipendente rinunciario potrà subentrare nella copertura assicurativa esclusivamente per effetto della scadenza di un'altra polizza sanitaria ovvero, nel caso di personale assegnato presso sedi CNR all'estero, per effetto del trasferimento in Italia.

- Cessazione del rapporto di lavoro

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

2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni 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 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli 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 e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, ad eccezione di coloro che lavorano nel campo e sono esposti classificati in categoria A ai sensi del D. Lgs. n. 203/95;

11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

3 - DENUNCIA DEL SINISTRO

Per usufruire delle prestazioni da parte di una struttura convenzionata e con equipe convenzionata, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Società mediante il servizio di assistenza telefonica (numero verde gratuito dall'Italia).

In tutti gli altri casi, deve essere presentata denuncia scritta alla Società entro 40 giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di cura.

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione necessaria ai fini della liquidazione del sinistro.

4 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

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

In tutti gli altri casi la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, a termini della presente polizza, su presentazione di certificazione attestante la patologia e - in originale - delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 20 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'indennità.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico.



da compilare e inoltrare firmato entro il 11/08/2014 esclusivamente tramite procedura SIPER

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative
(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo anch'essi assicurati UniSalute - a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data _____ Nome e cognome _____
e C.F. _____ del titolare di polizza (in stampatello)
Firma dell'interessato _____

Nome e cognome _____ Nome e cognome _____
del coniuge/convincente (in stampatello) del familiare 1° (in stampatello)
Firma dell'interessato _____ Firma dell'interessato _____

Nome e cognome _____ Nome e cognome _____
del familiare 2° (in stampatello) del familiare 3° (in stampatello)
Firma dell'interessato _____ Firma dell'interessato _____

* Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

N.B. Il contributo per la presente copertura a favore del dipendente è interamente a carico del Consiglio Nazionale delle Ricerche

DATI ANAGRAFICI DEL DIPENDENTE:

Il Sottoscritto/a _____ Data assunzione _____
Nato a _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente in via _____ CAP _____ Città _____ Prov _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____ CAP _____ Città _____ Prov _____
N° tel. _____ Tel. cell. _____ E-mail _____
Luogo di lavoro in via _____ CAP _____ Città _____ Prov _____

Ai fini del rimborso diretto si notificano le coordinate bancarie (il titolare deve essere l'intestatario o contestatario del conto)

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____
Codice IBAN _____

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva ad UniSalute attraverso l'area riservata del sito internet

CHIEDE

L'iscrizione all'Associazione V.I.S. Vita in Salute, Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa più brevemente denominata "V.I.S." e l'adesione al Piano sanitario riservato ai dipendenti del Consiglio Nazionale delle Ricerche. La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, al coniuge o al convivente "more uxorio", ai figli e ai genitori tutti risultanti dallo stato di famiglia, ed ai figli non risultanti da stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto a separazione o divorzio dei genitori. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale, i dati anagrafici degli stessi. Autorizza altresì "V.I.S." a verificare, in ogni momento, la composizione del nucleo familiare come sopra definito. Si impegna, poi, a comunicare le eventuali variazioni intervenute nella composizione del suo nucleo familiare come sopra definito in qualsiasi momento siano avvenute, utilizzando il presente modulo.

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale	Contributo
		Coniuge/convincente "more uxorio"		€ 212,50
		Figlio/a (nel caso di famiglie fino a due figli)		€ 200,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie fino a due figli)		€ 200,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Genitore		€ 500,00
		Genitore		€ 500,00

NB: Il sottoscritto AUTORIZZA fino a revoca Consiglio Nazionale delle Ricerche a trattenere dai propri emolumenti l'importo del contributo per l'attivazione della copertura per i propri familiari come sopra definiti.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 - Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati*.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza del settore⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (relativi ai Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾; ove necessario potranno essere forniti ad altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: privacy@unisalute.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UnipolSai Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Risccontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

* In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.

Unisalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale Sociale i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 03843680376 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 100084 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unisalute.it

Unipol



MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL MODULO RILEVAZIONI DATI

- 1) Aprire il "Modulo rilevazione dati piano sanitario dipendenti in servizio del Consiglio Nazionale delle Ricerche".pdf
- 2) **Compilare i campi evidenziati in azzurro direttamente a video con la tastiera del pc.**
Se non si visualizzano i campi azzurri cliccare in alto a destra "evidenzia campi esistenti"

- 3) **Se si decide di inserire in copertura il proprio nucleo familiare** occorre verificare che tutti i campi necessari siano stati compilati correttamente

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale	Contributo
		Coniuge/convivente "more uxorio"		€ 212,50
		Figlio/a (nel caso di famiglie fino a due figli)		€ 200,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie fino a due figli)		€ 200,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Figlio/a (nel caso di famiglie con almeno tre figli)		€ 150,00
		Genitore		€ 500,00
		Genitore		€ 500,00

- La prima riga si riferisca al coniuge o convivente "more uxorio"
- le famiglie **FINO A 2 FIGLI** devono compilare la seconda e la terza riga con i dati dei figli
- le famiglie **CON ALMENO 3 FIGLI** dalla quarta riga in avanti con i dati dei figli
- Le ultime due righe della tabella sono riservate ai dati dei genitori del titolare

- 4) Terminata la compilazione:
 - Salvare il modulo (file - salva con nome)
 - Stampare il modulo
 - **Firmare in originale la parti dove è richiesta la firma**
 - Fare la scansione del modulo firmato
 - Caricare/allegare il modulo nell'apposita sezione della procedura SIPER.
 - Esprimere la conferma tramite il tasto "invia" richiesta dalla procedura SIPER per consentire al sistema informatico di inoltrare il modulo alla Compagnia di assicurazione