

## GUIDA OPERATIVA

### POLIZZA RSMO 110802315 – ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

**Prestazioni garantite:** rimborso delle spese mediche sanitarie effettuate nel corso della validità della copertura assicurativa

**Assicurati:**

- Gli ospiti stranieri (cittadini di Paesi non membri della Unione Europea) dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare
- eventuali familiari ricongiunti nell'ambito delle Convenzioni di Accoglienza stipulate dall'Istituto (art. 27-ter del D.Lgs. 286/98); per familiari ricongiunti si intendono: il coniuge (anche dello stesso sesso), il convivente more uxorio (anche dello stesso sesso) ed i figli.

**Durata della copertura:** l'assicurazione è valida per il periodo di collaborazione in Italia dell'Ospite, così come comunicata dall'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare alla Compagnia di Assicurazione

**Scheda di polizza**

POLIZZA RSMO 110802315 – ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE		
AREA RICOVERO	Ricoveri con o senza intervento chirurgico, day hospital, intervento ambulatoriale, parto cesareo/naturale e aborto terapeutico	€ 100.000 In rete: nessuno scoperto/franchigia Fuori rete: nessuno scoperto/franchigia
	Retta di degenza	Compresa
	Accertamenti pre-ricovero	60 gg
	Accertamenti post-ricovero	60 gg
	Parto cesareo/aborto terapeutico	€ 8.000
	Parto naturale	€ 6.000
	Trasporto	Compreso
	Indennità sostitutiva	€ 100 (€ 50 per i DH) al giorno, massimo 30 gg per evento

**Modalità di accesso alle prestazioni.**

**Rimborsi:** in caso di prestazione effettuata presso strutture non convenzionate, l'assicurato dovrà provvedere al saldo delle spese e, successivamente, a richiedere alla Compagnia il rimborso delle stesse utilizzando il modulo a disposizione.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originali delle notule distinte e ricevute, debitamente quietanzate e della copia della documentazione medica dalla quale desumibile la patologia (certa o presunta), l'infortunio (ovvero il parto) che ha reso necessarie le prestazioni effettuate; in caso di ricovero o day-hospital sarà necessario presentare la copia della cartella clinica completa.

Il modulo e tutta la documentazione necessaria dovranno essere inviati a: MyAssistance, Via Montecuccoli, 20/2 – 20146 Milano (MI), oppure via E-mail [corporate.groupama@myassistance.it](mailto:corporate.groupama@myassistance.it).

**Prestazioni in forma diretta:** Groupama, per il tramite di MyAssistance, mette a disposizione degli assicurati il proprio network di medici e strutture sanitarie convenzionate presso i quali fruire delle prestazioni previste.

Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società prendendo contatto con la Centrale Operativa, al numero 800.010.300, che fornirà all'assicurato, entro tre giorni dall'attivazione, indicazioni circa la presa in carico della richiesta.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la certificazione del medico indicante la natura della malattia (accertata o presunta) o dell'infortunio per i quali vengono richieste le prestazioni.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it)

**Riferimenti utili:**

per qualsiasi informazione circa le caratteristiche della copertura assicurativa, così come per le procedure da seguire per l'attivazione delle prestazioni in forma diretta ed i rimborsi, gli assicurati potranno rivolgersi a

- Numero verde 800.010.300
- Numero fisso 0039.02.303.500.003
- Indirizzo mail [corporate.groupama@myassistance.it](mailto:corporate.groupama@myassistance.it)

**Ogni e-mail inviata a My Assistance dovrà avere come oggetto "110802315 RSM Istituto Nazionale Fisica Nucleare"**

### Servizi aggiuntivi

In aggiunta al rimborso per le spese mediche ospedaliere, la polizza Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, garantisce anche una serie di servizi di consulenza ed assistenza.

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti (in italiano ed in inglese) dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800.010.300, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00, o in alternativa contattando il numero 0039.02.303.500.003

#### a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie e medici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

#### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite presso il proprio network convenzionato, sia che si tratti di prestazioni rimborsabili ai sensi della presente polizza (da fruire in forma diretta o rimborsale) sia che si tratti di prestazioni sanitarie non ricomprese in polizza.

#### 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 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 ore 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 per evento.

**Limite di età:** nessuno

**Persone non assicurabili:** le persone che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi; tuttavia, in caso di insorgenza successiva alla data di effetto della polizza, il sinistro riguardante le infermità mentali elencate nel precedente primo comma sarà ammesso al beneficio delle prestazioni assicurative, limitatamente al primo ricovero.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

### Esclusioni:

- A. l'eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di stipulazione del contratto o della variazione, nonché le patologie ad esse correlate, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
- B. le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti l'intervento stesso;
- C. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- D. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- E. l'aborto volontario non terapeutico;
- F. le cure cellulose-tissutali, fisioterapiche, idropiniche e termali in genere (salvo quanto previsto dall'art. 32 "Prestazioni", nonché le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi, sempreché verificatisi successivamente all'ingresso in copertura del singolo assicurato);
- G. le cure dentarie e delle paradontopatie;
- H. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, fatta eccezione per le spese relative all'acquisto di quelli applicati a seguito di intervento chirurgico;
- I. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- J. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- K. i ricoveri e le degenze in regime di *day hospital* effettuati al solo scopo di praticare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici preventivi e/o di controllo dello stato di salute;
- L. i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- M. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

**NOTA IMPORTANTE:** il presente documento è stato redatto a scopo puramente informativo, la polizza originale rimane l'unico documento valido.

## RICHIESTA DI COPERTURA IN FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

### POLIZZA RSM 110802315 – ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

Documento che l'Assicurato deve inviare a **MyAssistance** preventivamente per richiedere copertura diretta ed usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione tramite **fax 02.871.819.75** o E-mail [corporate.groupama@myassistance.it](mailto:corporate.groupama@myassistance.it) per informazioni **800.010.300**

Da:

**Assicurato (capo nucleo)** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **C. F.** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ **cellulare** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (capo nucleo o familiare, che effettua le prestazioni sanitarie) \_\_\_\_\_

Assicurato con la polizza num.11082315 attivata dall'INFN, con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o libero professionista medico convenzionati con Myassistance S.r.l., nel rispetto delle condizioni previste dalla copertura assicurativa.

A tal fine si precisa qui di seguito:

Struttura Convenzionata prescelta: \_\_\_\_\_

Nome del medico prescelto: \_\_\_\_\_

Data prestazione (se già prenotata): \_\_\_\_\_

Patologia/sospetto diagnostico/ infortunio: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- È a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura.
- Autorizza la compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico.
- Si impegna a fornire ulteriore documentazione medica al fine di una corretta valutazione della pratica in caso questa fosse richiesta.
- Si impegna a pagare alla struttura tutte le prestazioni non contemplate nella copertura assicurativa ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico.
- Si impegna a rimborsare a posteriori alla compagnia assicuratrice, tramite MyAssistance, le eventuali spese che risultassero non contemplate dalla copertura ed a versare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assicurato caponucleo per accettazione

**Ricevuta l'informativa ai sensi dei D.Lgs. 196/03, Reg. UE 679/2016, D.Lgs. di adeguamento 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

**ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensi bili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma per il consenso del richiedente la prestazione (caponucleo o familiare)

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO E RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

### POLIZZA RSM 110802315 – ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE

Documento che l'Assicurato invia, unitamente a tutta la documentazione necessaria, a **MyAssistance**, Via Montecuccoli, 20/2 – 20146 Milano (MI), oppure via Email [corporate.groupama@myassistance.it](mailto:corporate.groupama@myassistance.it), per richiedere il rimborso per le spese sostenute relativamente al proprio sinistro. Per informazioni o supporto contattare il numero **800.010.300**

**Assicurato** (capo nucleo) \_\_\_\_\_

**C. F.** \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie per il rimborso intestate al caponucleo**

**IBAN**

**Assicurato** (capo nucleo o familiare, al quale si riferiscono le spese sanitarie) \_\_\_\_\_

**C. F.** \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

**Patologia/sospetto diagnostico/ infortunio** \_\_\_\_\_

*Come da certificato medico/cartella clinica allegato alla presente*

**e-mail** \_\_\_\_\_

**telefono** \_\_\_\_\_

L'Assicurato con la presente fa richiesta di rimborso delle seguenti notule/fatture nel rispetto delle condizioni previste dalla convenzione assicurativa:

Num. Fattura	Data	Importo		Num. Fattura	Data	Importo

**INDICAZIONI UTILI PER L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE**

1. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. Fatture o notule non relative a ricovero devono essere accompagnate da certificato medico indicante la patologia presunta o diagnosticata o infortunio;
3. Allegare copia referti e/o cartella clinica;
4. È obbligatorio, a i fini del rimborso, indicare il codice fiscale del titolare (capo nucleo) del conto corrente che richiede il rimborso e le coordinate bancarie informato IBAN.
5. **MyAssistance** potrà richiedere ulteriore documentazione a i fini di una corretta valutazione della pratica.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'assicurato caponucleo per accettazione

**Ricevuta l'informativa ai sensi dei D.Lgs. 196/03, Reg. UE 679/2016, D.Lgs. di adeguamento 101/2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

**ACCONSENTO** al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensi bili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente MyAssistance S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma per il consenso del richiedente la prestazione (caponucleo o familiare)