

Guida al Piano sanitario

Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

Giugno 2026

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:**

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-009991

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO	3
2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.1.8.	Come posso ottenere pareri medici?	11
4.2.	L'app di UniSalute	12
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
5.	PERSONE ASSICURATE	14
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
6.1.	Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico	15
6.2.	Ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico	17
6.3.	Modalità di erogazione relativa alle garanzie "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico" e "Ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico"	18
6.4.	Parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico	21
6.5.	Parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo	22
6.6.	Modalità di erogazione relativa alle garanzie "Parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico" e "Parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo"	23
6.7.	Indennità sostitutiva	26
6.8.	Massimale dell'area ricovero	27
6.9.	Anticipo dell'indennizzo	27
6.10.	Alta diagnostica e terapie	27
6.10.1.	Modalità di erogazione relativa alla garanzia "Alta diagnostica e terapie"	30
6.11.	Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio	32
6.11.1.	Modalità di erogazione relativa alla garanzia "Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio"	33
6.12.	Protesi ortopediche ed acustiche	35
6.13.	Cure oncologiche	35
6.14.	Cure dentarie da infortunio	36
6.15.	Prevenzione dentaria	37

6.16.	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi	37
6.17.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	38
6.18.	Servizi di consulenza e assistenza.....	39
7.	CONTRIBUTI	44
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	44
	Carenze	47
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	47
9.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione.....	47
9.2.	Inclusioni/esclusioni.....	48
9.3.	Validità territoriale.....	49
9.4.	Limiti di età	49
9.5.	Gestione dei documenti di spesa	49
9.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	50
9.7.	Foro competente	50
9.8.	Reclami	50
9.9.	Diritto all'oblio oncologico	53
9.10.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti	54
9.11.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	54

2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con pratiche funzioni online che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che

hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Accedi all'area clienti e clicca su **"Fai una nuova prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione nella sezione "Appuntamenti".



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Profilo"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti e clicca su **"Richiedi un nuovo rimborso"**



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite

corriere).

4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Polizze"**.

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero.

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e **accedi alla sezione "Strutture"**.

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde",

attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.2. L'app di UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca “UniSalute Up” per avere sempre a portata di mano i nostri

servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **"Prenotazioni"** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie

sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

Nella sezione **"concludi"** puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa. Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

5. PERSONE ASSICURATE

Il Piano sanitario è prestato in forma collettiva e con onere a carico dell'INFN a favore di:

a) dipendenti dell'INFN;

b) titolari di incarichi di ricerca, contratti di ricerca, borse di studio, Assegni di ricerca e post-dottorato erogati dall'INFN.

I titolari potranno estendere, a titolo individuale e con onere a proprio carico, le coperture previste dal Piano sanitario ai componenti del proprio nucleo familiare intesi come coniuge/partner unito civilmente o in alternativa convivente more-uxorio (indipendentemente dal genere) e i figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico;
- parto e aborto;
- alta diagnostica e terapie;
- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici e di laboratorio;
- protesi ortopediche ed acustiche;
- cure oncologiche;
- cure dentarie da infortunio;
- prevenzione dentaria;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- servizi di consulenza e assistenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti

fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico.

3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di **€ 350,00** al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **150** giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **150** giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Con riferimento alle spese di noleggio e/o acquisto di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche) e acquisto di medicinali, post-intervento/ricovero, si darà luogo al rimborso con uno scoperto pari al **15%**, senza applicazione di minimi.
6. Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.
7. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **€ 150,00** e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni **100** per annualità assicurativa.
8. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **€ 1.100,00** per intervento o ricovero.
9. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di **€ 2.000,00** per intervento o ricovero.

10. In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di **€ 1.500,00**.

6.2. Ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico

In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico, la Società rimborsa le seguenti spese:

1. Assistenza medica e infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital.
2. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di **€ 350,00** al giorno.
3. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **150** giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.
4. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **150** giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Con riferimento alle spese di noleggio e/o acquisto di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche) e acquisto di medicinali, post-intervento/ricovero, si darà luogo al rimborso con uno scoperto pari al **15%**, senza applicazione di minimi.
5. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **€ 1.100,00** per ricovero.
6. Trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto

privata), col massimo di **€ 2.000,00** per intervento o ricovero.

6.3. Modalità di erogazione relativa alle garanzie “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico” e “Ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico”

PER IL DIPENDENTE DELL’INFN, TITOLARI DI INCARICHI DI RICERCA, CONTRATTI DI RICERCA, BORSE DI STUDIO, ASSEGNI DI RICERCA E POSTDOTTORATO EROGATI DALL’INFN

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l’applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 950,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie “Retta di degenza”, “Vitto e pernottamento per un accompagnatore”, “Trasporto dell’assicurato” e “Trasporto dell’assicurato e di un eventuale accompagnatore” che prevedono specifici limiti.

- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale il minimo non indennizzabile viene ridotto a **€ 500,00**.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato con l’applicazione di uno scoperto del **40%** con un minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie “Vitto e pernottamento per un accompagnatore” “Trasporto dell’assicurato” e “Trasporto dell’assicurato e di un eventuale accompagnatore” che prevedono specifici limiti.

- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale il minimo non indennizzabile non viene applicato.

In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).

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 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

PER I FAMILIARI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **30%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.500,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza", "Vitto e pernottamento per un accompagnatore", "Trasporto dell'assicurato" e "Trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale il minimo non indennizzabile viene ridotto a € 600,00.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **40%** con un minimo non indennizzabile di € **2.000,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie "Vitto e pernottamento per un accompagnatore" "Trasporto dell'assicurato" e "Trasporto dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore" che prevedono specifici limiti.

- In caso di intervento chirurgico ambulatoriale il minimo non indennizzabile non viene applicato.

In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).

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 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

6.4. Parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico

In caso di parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, **fino a concorrenza del limite di € 5.000,00** per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di **€ 350,00** al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **150** giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti all'intervento.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **150** giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti all'intervento. Con riferimento alle spese di noleggio e/o acquisto di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche) e acquisto di medicinali, post-intervento/ricovero, si darà luogo al rimborso con uno scoperto pari al **15%**, senza applicazione di minimi.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **€ 150,00** e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni **100** per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **€ 1.100,00** per intervento o ricovero.

6.5. Parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo

In caso di parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo, la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, **fino a concorrenza del limite di € 3.000,00** per annualità assicurativa:

1. Onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento.
2. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
3. Rette di degenza (sono escluse le spese voluttuarie) nel limite di **€ 350,00** al giorno.
4. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **150** giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti al parto.
5. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **150** giorni successivi alla data della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto. Con riferimento alle spese di noleggio e/o acquisto di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche) e acquisto di medicinali, post-intervento/ricovero, si darà luogo al rimborso con uno scoperto pari al **15%**, senza applicazione di minimi.
6. Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **€ 150,00** e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni **100** per annualità assicurativa.
7. Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **€ 1.100,00** per intervento o ricovero.

6.6. Modalità di erogazione relativa alle garanzie “Parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico” e “Parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo”

PER IL DIPENDENTE DELL'INFN, TITOLARI DI INCARICHI DI RICERCA, CONTRATTI DI RICERCA, BORSE DI STUDIO, ASSEGNI DI RICERCA E POSTDOTTORATO EROGATI DALL'INFN

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcun importo a carico dell'assicurato, ad eccezione delle garanzie “Retta di degenza”, “Vitto e pernottamento per un accompagnatore” e “Trasporto dell'assicurato” che prevedono specifici limiti.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con un minimo non indennizzabile di **€ 1.500,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie “Vitto e pernottamento per un accompagnatore” e “Trasporto dell'assicurato” che prevedono specifici limiti.

In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).

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 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’“Indennità sostitutiva”.

PER I FAMILIARI

Parto con taglio cesareo e/o aborto terapeutico
--

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l’applicazione di uno scoperto del **30%** con il minimo non indennizzabile di **€ 500,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie “Retta di degenza”, “Vitto e pernottamento per un accompagnatore” e “Trasporto dell’assicurato” che prevedono specifici limiti.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato con l’applicazione di uno scoperto del **40%** con un minimo non indennizzabile di **€ 2.500,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie “Vitto e pernottamento per un accompagnatore” e “Trasporto dell’assicurato” che prevedono specifici limiti.

In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società

ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l'iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).

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 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva".

Parto senza taglio cesareo e/o aborto spontaneo
--

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **30%** con il minimo non indennizzabile di **€ 500,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza", "Vitto e pernottamento per un accompagnatore" e "Trasporto dell'assicurato" che prevedono specifici limiti.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **40%** con un minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie "Vitto e pernottamento per un

accompagnatore” e “Trasporto dell’assicurato” che prevedono specifici limiti.

In caso di ricovero/day hospital/intervento ambulatoriale effettuato in strutture sanitarie private/pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati, non sarà possibile attivare la liquidazione diretta delle spese da parte della Società; pertanto l’iscritto dovrà provvedere al pagamento delle spese sostenute e successivamente richiedere il rimborso secondo le modalità indicate al punto b).

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 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’“Indennità sostitutiva”.

6.7. Indennità sostitutiva

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero/day hospital né per altra prestazione ed esso connessa, avrà diritto a un’indennità di **€ 100,00** – ridotto al 50% per il day hospital - per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **60** giorni per ogni ricovero.

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l’Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare:

- Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) – con la quale l’Ospedale si fa carico dell’assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico;
- Dimissione domiciliare protetta (DDP) – con la quale l’Ospedale

provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

6.8. Massimale dell'area ricovero

Il massimale a disposizione per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 500.000,00** da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo), fermi eventuali ulteriori sotto limiti specificamente previsti.

6.9. Anticipo dell'indennizzo

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, è facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese preventivate, in misura non superiore al **80%** delle stesse e previa presentazione alla Società di idonea documentazione. L'anticipo verrà corrisposto dalla Società mediamente entro 5 giorni dalla data di ricezione della documentazione necessaria.

A cura ultimata, previa presentazione da parte dell'Assicurato delle notule di spesa in originale, la Società, in sede di liquidazione del sinistro, procederà al relativo conguaglio.

Qualora l'assicurato sia in condizione di fornire alla Società l'ammontare preciso del rimborso su dichiarazione dell'istituto di cura, la Società corrisponderà l'anticipo fino al 100% della spesa sostenuta nei limiti contrattuali.

6.10. Alta diagnostica e terapie

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per le prestazioni di seguito indicate.

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

necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio e la data/il periodo di accadimento dello stesso.

Accertamenti di Alta diagnostica radiologica (“anche digitale”), esami stratigrafici e contrastografici:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Colonscopia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx torace

- Rettoscopia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Altri Accertamenti

- Amniocentesi e villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia oMammografia Digitale
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

Il massimale a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

6.10.1. Modalità di erogazione relativa alla garanzia “Alta diagnostica e terapie”

PER IL DIPENDENTE DELL’INFN, TITOLARI DI INCARICHI DI RICERCA, CONTRATTI DI RICERCA, BORSE DI STUDIO, ASSEGNI DI RICERCA E POSTDOTTORATO EROGATI DALL’INFN

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l’applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione, che l’assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Assicurato con l’applicazione di uno scoperto del **25%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o terapie connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l’Assicurato presenti una fattura relativa a prestazioni di cui ai paragrafi “Alta diagnostica e terapie” e “Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio”, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall’emittente la fattura con l’indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull’intero importo lo scoperto previsto al punto “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società” ed il massimale (per l’intera fattura

rimborsata) sarà quello previsto al paragrafo “Alta diagnostica e terapie”.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

PER I FAMILIARI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione, che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **35%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o terapie connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'Assicurato presenti una fattura relativa a prestazioni di cui ai paragrafi “Alta diagnostica e terapie” e “Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio”, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al punto

“Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società” ed il massimale (per l’intera fattura rimborsata) sarà quello previsto al paragrafo “Alta diagnostica e terapie”.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

6.11. Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, conseguenti a malattia o a infortunio, con l’esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. In caso di infortunio è necessario produrre certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, una certificazione medica indicante la tipologia di infortunio ed il periodo di accadimento dello stesso.

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

Il massimale a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest’ultimo).

6.11.1. Modalità di erogazione relativa alla garanzia “Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio”

PER IL DIPENDENTE DELL'INFN, TITOLARI DI INCARICHI DI RICERCA, CONTRATTI DI RICERCA, BORSE DI STUDIO, ASSEGNI DI RICERCA E POSTDOTTORATO EROGATI DALL'INFN

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di **€ 40,00** per prestazione, che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **35%** con un minimo non indennizzabile di **€ 65,00** per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o visite connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'Assicurato presenti una fattura relativa a prestazioni di cui ai paragrafi “Alta diagnostica e terapie” e “Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio”, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al punto “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società” ed il massimale (per l'intera fattura

rimborsata) sarà quello previsto al paragrafo “Alta diagnostica e terapie”.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

PER I FAMILIARI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione, che l'assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **35%** con un minimo non indennizzabile di **€ 65,00** per ogni prestazione o ciclo di cura (intendendosi per tale gli accertamenti e/o visite connessi ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Qualora l'Assicurato presenti una fattura relativa a prestazioni di cui ai paragrafi “Alta diagnostica e terapie” e “Visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio”, senza che siano indicati gli importi specifici di ciascuna prestazione fruita (e non sia allegata idonea dichiarazione rilasciata dall'emittente la fattura con l'indicazione degli importi di ogni singola prestazione), il rimborso verrà calcolato applicando sull'intero importo lo scoperto previsto al punto

“Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società” ed il massimale (per l’intera fattura rimborsata) sarà quello previsto al paragrafo “Alta diagnostica e terapie”.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

6.12. Protesi ortopediche ed acustiche

La Società rimborsa, con uno scoperto del **20%** le spese sostenute dall’Assicurato per l’acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia o l’infortunio che ha reso necessario l’acquisto della protesi.

Il massimale a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest’ultimo).

6.13. Cure oncologiche

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite specialistiche, esami e per accertamenti diagnostici e di laboratorio, terapie (ivi comprese quelle riabilitative) e farmaci, relativi a cure oncologiche.

Si specifica che le terapie previste in copertura in questa garanzia sono quelle effettuate in regime ambulatoriale e non quelle eseguite in regime ospedaliero.

Per l’attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica che indichi la patologia che ha reso necessario la prestazione.

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del **20%**.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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 a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

6.14. Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa, a parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Casi di non operatività del Piano", le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.

La presente copertura è operante esclusivamente in modalità rimborsuale.

Il massimale a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

6.15. Prevenzione dentaria

La Società provvede, a parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Casi di non operatività del Piano", al pagamento delle spese per una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate **1 volta l'anno per ciascun Assicurato presso strutture e medici convenzionati** (è pertanto escluso il rimborso qualora l'iscritto provveda direttamente al pagamento delle prestazioni).

6.16. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese delle spese per prestazioni fisioterapiche e riabilitative a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso e sempreché le prestazioni siano prescritte da medico ed eseguite o da medici specialisti o da personale sanitario in possesso di diploma o laurea.

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per ciascuna seduta giornaliera, che l'Assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente alla struttura sanitaria.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di una franchigia di **€ 100,00** per ciascuna fattura ovvero ciclo di terapia (inteso come

l'insieme di prestazioni relative ad una medesima patologia/infortunio contestualmente prescritte dal medico e presentati alla Società in una unica richiesta di rimborso).

Il massimale a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

6.17. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

La Società provvede al pagamento o rimborsa, a parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Casi di non operatività del Piano", le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi:

1. Osteiti mascellari
2. neoplasie ossee della mandibola o della mascella
3. cisti follicolari
4. cisti radicolari
5. adamantinoma
6. odontoma

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in: radiografie e referti radiologici per le fattispecie di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 che precedono; (in aggiunta a quanto sopra) referti istologici per le neoplasie ossee della mandibola o della mascella, le cisti follicolari e le cisti radicolari.

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato integralmente.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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 a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per assicurato (ovvero per nucleo familiare ove sia stata estesa la copertura anche a quest'ultimo).

6.18. Servizi di consulenza e assistenza

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa **dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30**, contattando il numero verde **800-009991**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria inerito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- strutture sanitarie emedici convenzionati;
- indicazioni sugli adempimenti per l'utilizzo della polizza ed in merito a chiarimenti circa le richieste di rimborso e le pratiche in assistenza diretta;
- 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 dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Parerimedici 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.

A parziale deroga di quanto previsto al primo comma del presente punto, i pareri medici immediati vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, festivi inclusi.

ASSISTENZA IN ITALIA

I servizi di assistenza vengono forniti per tutto l'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, festivi inclusi **contattando il numero verde 800-212477**.

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.

f) Reperimento e consegna farmaci

L'Assistito potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali prescritti dal proprio medico presenti nel prontuario farmaceutico presso la propria abitazione. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso l'abitazione dell'Assistito il denaro e la prescrizione necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti. La prestazione è fornita nel più breve tempo possibile non appena reperiti i farmaci richiesti.

g) Prelievo campioni di sangue a domicilio

Qualora, in caso di malattia (certa o presunta) o di infortunio, ne sia stata fatta richiesta dal proprio medico curante, l'Assistito potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso la propria abitazione. La prestazione è fornita con un preavviso di 5 (cinque) giorni lavorativi.

h) Diagnosi Comparativa

Il servizio viene fornito dalla Centrale Operativa dal lunedì al venerdì **dalle ore 8,30 alle ore 19,30** contattando il numero verde **800-009991**.

Qualora l'assistito avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene fornita una diagnosi o una impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

In tal modo l'Assistito verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero accertate:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS

- Cecità
- Malattie neoplasiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus

Per l'attivazione della garanzia, l'Assistito dovrà inviare alla Società la documentazione clinica in suo possesso che il medico della Società gli richiederà in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata alla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta esterno per quella patologia.

ASSISTENZA ALL'ESTERO

I servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, festivi inclusi.

i) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, 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 **€ 2.000,00** per sinistro.

j) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia

necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempre che 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.

k) Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, in classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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

7. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, da versare alla Cassa sanitaria, corrispondono ai seguenti importi:

Dipendente dell'INFN/titolari di incarichi di ricerca, contratti di ricerca, borse di studio, Assegni di ricerca e post-dottorato erogati dall'INFN	a carico INFN
Coniuge/partner unito civilmente fiscalmente a carico	€ 415,80
Coniuge/partner unito civilmente non fiscalmente a carico /convivente more uxorio	€ 498,96
Figlio	€ 291,06

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non opera, salve le deroghe indicate per ciascuna garanzia/prestazione assicurata, 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;
2. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
5. 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);
6. i ricoveri, inclusi i day-hospital, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura

tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

7. 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.

8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;

10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di 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.203/1995;

12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Esclusioni aggiuntive per gli assicurati a titolo individuale

In aggiunta a quanto previsto dal precedente paragrafo, per i soli iscritti in forma individuale, vale a dire:

- familiari intesi come coniuge/partner unito civilmente o in alternativa convivente more-uxorio (indipendentemente dal genere) e i figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età

e limitatamente alle prestazioni previste ai paragrafi “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico”, “Ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico”, e “Indennità Sostitutiva” del presente Piano sanitario, sono escluse dall'assicurazione le prestazioni che siano conseguenze di:

- a) malattie manifestatesi e/o sottoposte ad accertamenti o cura/terapia prima della data di (prima) adesione/attivazione della copertura;
- b) infortuni avvenuti prima della data di (prima) adesione/attivazione della copertura.

Inoltre, sempre per gli assicurati di cui al 1° comma del presente paragrafo, sono escluse le spese per:

- c) il parto/aborto così come tutte le spese relative a malattie della gravidanza per le prestazioni previste dal presente Piano sanitario, qualora la gravidanza stessa sia insorta prima della data di (prima) adesione/attivazione della copertura.

Le esclusioni di cui alle lettere a), b) e c) di cui sopra non si applicano agli assicurati di cui al I comma del presente articolo:

- già in copertura alla scadenza della polizza sottoscritta dall'INFN con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA), che abbiano rinnovato la copertura prevista dal presente Piano sanitario senza soluzione di continuità con la suddetta polizza scaduta.

Nel caso in cui l'Assicurato non rinnovi di anno in anno l'adesione alla copertura individuale, ai fini dell'applicazione delle esclusioni di cui alle lettere a), b) e c) che precedono si considererà come data di decorrenza della copertura l'ultima data di adesione valida (senza quindi considerare eventuali periodi di adesione precedente con i quali vi sia una soluzione di continuità).

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Assicurati per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

Carenze

In aggiunta a quanto previsto ai precedenti paragrafi, per i soli iscritti in forma individuale, vale a dire:

- familiari intesi come coniuge/partner unito civilmente o in alternativa convivente more-uxorio (indipendentemente dal genere) e i figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età

l'assicurazione decorre dopo un periodo di carenza di 30 giorni dalla data di (prima) adesione/attivazione della copertura.

Il periodo di carenza non si applica:

- per infortuni avvenuti dopo la data di adesione;
- a tutti gli assicurati di cui sopra già in copertura alla scadenza della polizza sottoscritta dall'INFN con Poste Assicura (attivata tramite il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA POSTE VITA), che abbiamo rinnovato la copertura prevista dal presente Piano sanitario senza soluzione di continuità con la suddetta polizza scaduta.

Nel caso in cui l'Assicurato non rinnovi di anno in anno l'adesione alla copertura individuale, ai fini dell'applicazione del periodo di carenza di cui sopra si considererà come data di decorrenza della copertura l'ultima data di adesione valida (senza quindi considerare eventuali periodi di adesione precedente con i quali vi sia una soluzione di continuità).

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle ore 24,00 del 30/06/2026 alle ore 24,00 del 30/06/2027, salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

9.2. Inclusioni/esclusioni

Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno

In caso di nuove assunzioni o nuovi titolari di incarichi di ricerca, contratti di ricerca, borse di studio, Assegni di ricerca e post-dottorato erogati dall'INFN, le garanzie previste dal presente Piano sanitario decorrono dalla data di assunzione/attribuzione sempreché l'INFN abbia provveduto a comunicare entro 90 giorni i dati dei neo assicurati. Superato detto termine le garanzie decorrono dalla data di comunicazione alla Società.

Inclusione di nuovi familiari in corso d'anno

Entro 30 giorni dalla variazione dello stato di famiglia e seguito di matrimonio/unione civile, inizio di convivenza more uxorio e nascita/adozione di figli, il caponucleo potrà provvedere all'estensione della copertura prevista dal presente Piano sanitario.

Negli altri casi di variazione dello stato di famiglia, ovvero di superamento del termine di 30 giorni previsto al precedente capoverso non sarà possibile estendere la copertura in corso d'anno e questa sarà, eventualmente, rimandata alla scadenza annuale successiva.

Per tutte le entrate avvenute nel corso dell'annualità assicurativa, il contributo verrà calcolato in base alla data di inserimento in copertura, in dodicesimi interi (contributo annuo/12).

La modifica del carico fiscale nel corso dell'annualità non comporterà alcuna modifica (riduzione/incremento) del contributo già determinato/versato, fermo restando la nuova eventuale determinazione del contributo stesso alla prima scadenza annuale.

Esclusione di iscritti in corso d'anno

Tutte le uscite (compreso i decessi) avvenute nel periodo assicurativo annuo non avranno effetto (pertanto non si procederà ad alcuna restituzione di contributo) e verranno posticipate alla prima scadenza annuale.

9.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

9.4. Limiti di età

Il Piano sanitario è valido per tutti gli assicurati senza alcun limite di età, fermo il limite di 26 anni per i figli non conviventi purché studenti.

9.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora

UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

9.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute mette a disposizione nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

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

9.7. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

9.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite

l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

9.9. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito

www.unisalute.it alla pagina dedicata.

9.10. Informativa “HOME INSURANCE” - indicazioni per l’accesso all’area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell’art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un’apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all’area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di “auto registrazione” disponibile nell’area stessa.

9.11. Informazioni sull’Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. (“la Società”), soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all’Albo delle società capogruppo presso l’IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società è autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell’8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all’Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

