

POLIZZA SANITARIA CNR

BENEFICIARI CON ONERI A CARICO DEL CNR: TUTTI I DIPENDENTI CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO IN SERVIZIO IN ITALIA ED ALL'ESTERO ALLA DATA DI STIPULA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ESTENSIONE DELLA POLIZZA CON ONERI A CARICO DEL DIPENDENTE:

- Coniuge o convivente e figli risultanti dallo stato di famiglia.
- Figli non risultanti dallo stato di famiglia a seguito di trasferimento in altra residenza dovuto esclusivamente a separazione o divorzio di genitori (sentenza).
- Genitori del dipendente risultanti dallo stato di famiglia
- Personale posto in quiescenza nel corso degli effetti della Polizza
- Personale in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010 (n.....)

Possono essere assicurati tutti i predetti familiari a prescindere se i familiari siano o meno a carico fiscalmente del dipendente
ATTIVABILE NEL CASO DI ADESIONE DI UN NUMERO DI FAMILIARI NON INFERIORE AL 20% DEI DIPENDENTI DEI DIPENDENTI ASSICURATI

SINTESI DELLE GARANZIE OGGETTO DI COPERTURA

A) RICOVERO PER MALATTIA ED INFORTUNIO

MASSIMALE 250.000,00 PER ANNO ASSICURATIVO E PER NUCLEO FAMILIARE

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE

PRESTAZIONE	ANCHE IN DAY HOSPITAL	AMBULATORIALE	TRAPIANTI	DONAZIONE DA VIVENTE	MASSIMALE STRUTTURE CONVENZIONATE	MASSIMALE STRUTTURE NON CONVENZIONATE	PARTO CESAREO	MASSIMALE	PARTO NON CESAREO ED ABORTO TERAPEUTICO	MASSIMALE	STRUTTURE CONVENZIONATE	STRUTTURE NON CONVENZIONATE	SSN	
ESAMI E ACCERTAMENTI <i>PRE RICOVERO</i> EFFETTUITI NEI 30 GIORNI PRECEDENTI IL RICOVERO	X	X	X	X	IN-GENERE VIENE PREVISTA UNA NESSUNA FRANCHIGIA PER RICOVERO ASSICURATIVO E NUCLEO FAMILIARE <i>(Criteri di valutazione)</i>	IN GENERE VIENE PREVISTO UNO SCOPERTO 20% CON MINIMO NON INDENNIZZABILE EURO 2.000,00 <i>(Criteri di valutazione)</i>	-	-	-	MASSIMO EURO 3.000,00 PER ANNO ASSICURATIVO E NUCLEO FAMILIARE	LIQUIDATE DALLA COMPAGNIA	RIMBORSATE DALLA COMPAGNIA	RIMBORSO TICKET	
INTERVENTO CHIRURGICO	X	X	X	X			X	X	X					X
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI E CURE	X	X	X	X			X	X	X					X
RETTE DI DEGENZA	X	-	X	X			X	X	X					X
ACCOMPAGNATORE	X	-	X	-			X	X	X					X
ESAMI E ACCERTAMENTI <i>POST RICOVERO</i> LIMITATAMENTE AI 30 GIORNI SUCCESSIVI	X	X	X	-			-	IN GENERE VIENE PREVISTO UNO SCOPERTO 20% CON MINIMO NON INDENNIZZABILE EURO 2.000,00 <i>(Criteri di valutazione)</i>	X					X
TRASPORTO SANITARIO	X	X	X	-	EURO 1.000,00	X	X	EURO 1.000,00	X	EURO 1.000,00	EURO 1.000,00 PER RICOVERO			
SPESE PRELIEVO DEL DONATORE	-	-	X	-	IN-GENERE VIENE PREVISTA UNA NESSUNA FRANCHIGIA PER RICOVERO ASSICURATIVO E NUCLEO FAMILIARE <i>(Criteri di valutazione)</i>	IN GENERE VIENE PREVISTO UNO SCOPERTO 20% CON MINIMO NON INDENNIZZABILE EURO 2.000,00 <i>(Criteri di valutazione)</i>	-	-	-	-	LIQUIDATE DALLA COMPAGNIA	RIMBORSATE DALLA COMPAGNIA		
TRASPORTO ORGANO	-	-	X	-			-	-	-	-			-	
TRATTAMENTI PER LA PREVENZIONE DEL RIGETTO	-	-	X	-			-	-	-	-			-	
INDENNITA' SOSTITUTIVA RICOVERO E PRESTAZIONE CONNESSA	EURO 40,00 50,00 AL GIORNO PER OGNI GIORNO DI RICOVERO A PARTIRE DAL TERZO E PER UN PERIODO NON SUPERIORE A 60 GIORNI <i>(Criteri di valutazione)</i>													
INDENNITA' SOSTITUTIVA GRANDE INTERVENTO	EURO 80,00 100,00 AL GIORNO PER OGNI GIORNO DI RICOVERO PER UN PERIODO NON SUPERIORE A 60 GIORNI <i>(Criteri di valutazione)</i>													

B) ESAMI DIAGNOSTICI

MASSIMALE ~~2.500,00~~ 4.000,00 PER ANNO ASSICURATIVO E PER NUCLEO FAMILIARE (Criteri di valutazione)

ALTA DIAGNOSTICA

DIAGNOSI STRUMENTALE STANDARD

PER L'ATTIVAZIONE PRESCRIZIONE MEDICA CONTENENTE IL QUESITO DIAGNOSTICO E LA PATOLOGIA CHE HA RESO NECESSARIA LA PRESTAZIONE

STRUTTURE
CONVENZIONATE

STRUTTURE NON
CONVENZIONATE

SSN

CONDIZIONI DI RIMBORSO (Criteri di valutazione)

LIQUIDATE
INTEGRALMENTE
DALLA COMPAGNIA -
SENZA SCOPERTI O
FRANCHIGIA

SCOPERTO DEL 20% -
MINIMO NON
INDENNIZZABILE DI
EURO 80,00 PER
ACCERTAMENTO

RIMBORSO
TICHET

C) VISITE SPECIALISTICHE

MASSIMALE 1.500,00 PER ANNO ASSICURATIVO E PER NUCLEO FAMILIARE (Criteri di valutazione)

PER L'ATTIVAZIONE PRESCRIZIONE MEDICA CONTENENTE IL QUESITO DIAGNOSTICO E LA PATOLOGIA CHE HA RESO NECESSARIA LA PRESTAZIONE

STRUTTURE
CONVENZIONATE

STRUTTURE NON
CONVENZIONATE

SSN

CONDIZIONI DI RIMBORSO (Criteri di valutazione)

FRANCHIGIA 50 EURO
PER VISITA
SPECILAISTICA

SCOPERTO DEL 20% -
MINIMO NON
INDENNIZZABILE DI
EURO 80,00 PER
ACCERTAMENTO / NON
RIMBORSABILI (da
verificare)

RIMBORSO
TICHET

C) FISIOTERAPIA RIABILITATIVA

MASSIMALE ~~300,00~~ 350,00 PER ANNO ASSICURATIVO E PER NUCLEO FAMILIARE (Criteri di valutazione)

PER L'ATTIVAZIONE CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO E PRESCRIZIONE MEDICA

STRUTTURE
CONVENZIONATE

STRUTTURE NON
CONVENZIONATE

SSN

CONDIZIONI DI RIMBORSO (Criteri di valutazione)

PAGATE
INTEGRALMENTE

NON RIMBORSABILI

RIMBORSO
TICHET

D) ASSISTENZA INFIERMERISTICA DOMICILIARE

MASSIMALE ~~90,00~~ 100,00 AL GIORNO PER MASSIMO 100 GIORNI PER ANNO ASSICURATIVO E PER NUCLEO FAMILIARE (Criteri di valutazione)

E) CURE DENTERIE DA INFORTUNIO

MASSIMALE 2.000,00 PER ANNO ASSICURATIVO E PER NUCLEO FAMILIARE (Criteri di valutazione)

PER L'ATTIVAZIONE CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO

STRUTTURE
CONVENZIONATE

STRUTTURE NON
CONVENZIONATE

SSN

CONDIZIONI DI RIMBORSO (Criteri di valutazione)

SCOPERTO DEL 15%

SCOPERTO DEL 20% -
MINIMO NON
INDENNIZZABILE DI
EURO 150,00 PER
FATTURA

RIMBORSO
TICHET