

**CAPITOLATO RSM
RIMBORSO SPESE MEDICHE**

CIG 92723297F2

**CONTRAENTE
IL FONDO SANITARIO**

.....

**ASSOCIATO
UNIVERSITA' PER STRANIERI DI SIENA**

SOCIETA' ASSICURATICE

DURATA DEL CONTRATTO: ANNI 2

DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo
Assicurato / Beneficiario	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> - Personale Tecnico Amministrativo (PTA a tempo determinato e PTA a tempo indeterminato). - Nucleo familiare del Personale tecnico Amministrativo
Assicurazione	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per il quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network della Società senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
Associato	Università per Stranieri di Siena
Beneficiario	In caso di morte, gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi, l'Assicurato stesso
Broker	Il soggetto incaricato dall'Associato della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società
Case manager	Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate
Centrale operativa	La Struttura che consente l'erogazione delle prestazioni previste in polizza e che, con linea telefonica "verde" dedicata, provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi da esse erogate
Certificato di assicurazione o Certificato	Il documento che viene emesso dalla Società e che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa
Contraente	Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) Iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato
Day – hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite
Documentazione medica	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci)
Indennità sostitutiva / Diaria	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili
Intervento chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post – ricovero

Istituto di cura	ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di Legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche
Malattia	Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio
Malattia improvvisa	La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste
Medicinali	Prodotti presenti nel prontuario farmacologico prescritti a seguito di malattia o infortunio fino a concorrenza dell'importo indicato. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico curante, ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale
Nucleo familiare	Contempla: il dipendente dell'Università; il coniuge; il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia; i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia; i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico. I figli del dipendente conviventi non risultanti dallo stato di famiglia ma fiscalmente a carico.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Retta di degenza	Trattamento alberghiero e assistenza medico – infermieristica
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica
Società/Appaltatore/ Affidatario	La compagnia di assicurazioni affidataria
Struttura sanitaria convenzionata (network)	La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta, Assistenza diretta.

Sezione 1

PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno del Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, con cui l'Università stipulerà apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di affidamento. Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti.

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti dell'Associato/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C..

L'Associato/Assicurato deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte dell'Associato/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

L'Associato/Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito in precedenza i soggetti assicurati con la presente polizza di assicurazione.

Art. 2.1 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.

È data facoltà all'Associato/Assicurato di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Art. 3.1 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Associato, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1901 del C.C..

Art. 4.1 – Durata dell'Assicurazione

Il contratto ha la durata di 24 mesi con decorrenza dalla data di stipula della polizza.

Art. 5.1 Estensione delle coperture ad adesione volontaria

La Società si obbliga la possibilità di estendere la copertura dei rischi del presente contratto – con versamento del relativo contributo a carico dell'assicurato e previa compilazione e invio dell'apposito modulo di adesione – ai seguenti soggetti:

- a) nucleo familiare come da definizione di polizza.

Art. 6.1 - Determinazione del premio annuo

PREMIO A CARICO DELL'UNIVERSITA'

Il premio annuo è pari a quanto determinato sulla base dei seguenti parametri:

	Categoria	Numero dipendenti stimato	Premio unitario annuo a base di gara	Premio annuo complessivo a base di gara
	Personale tecnico amministrativo – PTA	92	€ 652,17 (a carico dell'Università)	€ 59.994,64

PTA in servizio - suddiviso per genere e fascia di età:

Fascia Età	F	M	Totale
30-34	1	/	1
35-39	7	3	10
40-44	7	2	9
45-49	10	7	17
50-54	12	3	15
55-60	18	5	23
>60	14	3	17
Totale	69	23	92

PREMIO PER COPERTURE AD ADESIONE VOLONTARIA

Con premio a proprio carico

Ferme le condizioni del capitolato proposto a gara, sono inoltre soggetti beneficiari di polizza mediante adesione facoltativa le seguenti categorie di personale:

CATEGORIA AD ADESIONE FACOLTATIVA	PREMIO ANNUO LORDO
Nucleo familiare	€ 600,00

Art. 7.1 – Modalità di estensione – nuovi inserimenti – modalità di raccolta delle adesioni

Il dipendente assicurato che intenda estendere al proprio nucleo familiare la copertura assicurativa potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) entro la data di decorrenza della polizza, ove le tempistiche delle procedure di gara lo consentano, ovvero entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto del **01/08/2022**.

In corso di vigenza contrattuale, intendendosi per tale il periodo di 24 mesi del contratto, potranno essere inseriti in copertura solo il Personale PTA di nuova assunzione, ed i componenti il nucleo familiare del Personale PTA, in forza ed a seguito di modifica dello stato di famiglia (ad esempio: nuovi nati, nuovi coniugi o conviventi).

La copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione, se la comunicazione alla Società, anche per il tramite del broker, venga effettuata entro 30 giorni, dalla data di assunzione. Qualora la comunicazione sia posteriore la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24:00 della data di effettiva comunicazione.

Per i componenti il nucleo familiare la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione del Dipendente, o dalla data variazione dello stato di famiglia, sempreché tali adesioni vengano comunicate entro 30 giorni, decorrenti dalla data di assunzione o dalla data di variazione del nucleo familiare.

Decorso tale termine non sarà possibile procedere ad effettuare l'adesione sino alla scadenza annuale.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex Dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Ciascuno degli assicurati ha facoltà di disdetta della copertura assicurativa attivata per il proprio nucleo familiare alla fine di ogni anno assicurativo, con preavviso di 30 giorni; tuttavia tale disdetta precluderà la possibilità di rientrare nella copertura fino alla scadenza del contratto.

Quanto sopra risulta dettagliatamente disciplinato al successivo Art. 9.1 "Regolazione del Premio".

Art. 8.1 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle **ore 24:00 del 01/08/2022** per tutto il Personale Tecnico Amministrativo come da elenchi forniti dall'Associato nonché per i componenti il nucleo familiare per i quali è espressa la facoltà di adesione.

A parziale deroga dell'art. 1901 del codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, alla Compagnia, entro 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro il 90° (novantesimo) giorno dopo quella della scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del 90° (novantesimo) giorno dopo quella della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Si precisa che, unicamente per i soggetti ad adesione facoltativa il relativo pagamento del premio dovrà essere effettuato entro 180 (centottanta) giorni dalla data di effetto dell'assicurazione.

In tal caso se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 180° (centottantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze stabilite.

Art. 9.1 - Regolazione del premio

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde al prezzo offerto in sede di gara relativo all'importo lordo pro-capite per ciascun Assicurato/Beneficiario.

Il premio viene conteggiato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base del numero del Personale Tecnico Amministrativo dichiarati alla decorrenza del contratto, a cui sarà aggiunto il premio nonché il numero dei componenti il nucleo familiare che hanno manifestato l'adesione alla copertura assicurativa.

Tale premio è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo nel Personale Tecnico Amministrativo, e nucleo familiare che hanno aderito alla copertura assicurativa.

INCLUSIONE DI ASSICURATI/BENEFICIARI

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

I premi relativi alle inclusioni di assicurati, dovute a nuove assunzioni di Personale Tecnico Amministrativo, o ad una modifica dello stato di famiglia del personale in carica, sono così regolamentati:

- se le inclusioni sono avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se le inclusioni sono avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione del 60% del premio annuo.

ESCLUSIONI DI ASSICURATI/BENEFICIARI

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera acquisito dalla Società. Pertanto la copertura assicurativa cesserà alla scadenza dell'annualità.

Entro 30 gg dalla fine di ogni annualità assicurativa l'Associato dovrà inviare comunicazione riepilogativa alla Contraente delle esclusioni avvenute in corso d'anno (dimissioni, pensionamenti, ecc.) al fine di consentire la riparametrazione del premio per l'annualità successiva.

Il Contraente comunica immediatamente i dati alla Compagnia che, dopo averli verificati, è tenuta ad emettere, entro 90 giorni, la relativa appendice di regolazione del premio, inviata al Contraente.

Il Contraente comunica all'Associato le differenze attive dovute a termini del presente articolo che dovranno essere pagate entro 90 giorni successivi al ricevimento da parte dell'Associato dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società entro 90 giorni dal ricevimento dei dati consuntivi da parte dell'Associato.

Se l'Associato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Associato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso dell'Associato, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se l'Associato non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 10.1 - Gestione dei sinistri e modalità di liquidazione

La Società metterà a disposizione degli Assicurati/Beneficiari un portale web dedicato, tramite il quale l'Assicurato/Beneficiario potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle fatture e della documentazione medica in formato pdf, nonché consentire all'Assicurato/Beneficiario di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi. Oltre al canale web la Società metterà a disposizione degli Assicurati/Beneficiari un "Modulo di richiesta di rimborso" a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'Assicurato/Beneficiario della documentazione completa dei documenti di spese (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica, etc) prodotti anche in fotocopia; dovrà inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 30 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

Art. 11.1 - Obblighi della Società di fornire dati sull'andamento del rischio

Entro 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni semestre, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate, dovrà essere conforme alla tabella sotto riportata.

Situazione sinistri alla data del:				
Polizza numero:				
Anno di riferimento:				
TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	N. SINISTRI APERTI	LIQUIDATI IN RETE	LIQUIDATI FUORI RETE	SINISTRI RESPINTI O SENZA SEGUITO CON MOTIVAZIONE
Indennità per ricovero				
Alta specializzazione ed esami di laboratorio				
Visite specialistiche ed esami di Laboratorio				
Fisioterapia				
Odontoiatria				
Protesi				
Assistenza per non autosufficienza temporanea				
Prevenzione				

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associato di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata mediante PEC dall'Associato e/o dal broker.

Art. 12.1 Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competenza, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede dell'Associato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. n. 28/2010 ss.mm.ii..

Art. 13.1 - Informativa sui rapporti con l'Assicurato

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società dovrà mettere a disposizione, per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi), un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

Art. 14.1- Clausola Broker

La gestione di questa polizza è affidata alla Mediass S.p.A. con sede in Piazza Ettore Troilo, 12 – 65127 Pescara, quale Broker incaricato dall'Università per Stranieri di Siena, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, iscritto al R.U.I. con n° B000190757.

Il Contraente, gli Assicurati, gli Associati e la Cassa danno atto che tutti i rapporti inerenti all'esecuzione del contratto avvengono tramite il broker Mediass S.p.A.

Art. 15.1 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società, il Broker, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd. filiera) sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precedere sono obbligati a comunicare all'Associato gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire, salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata, tramite bonifico bancario o posta (Poste Italiane S.p.A.) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dall'Associato.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3, c.8 della Legge n. 136/2010. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

Art. 16.1 - Tutela della Privacy

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy (679/2016) e ss.mm.ii., le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Art. 17.1 - Servizi aggiuntivi

La Società dovrà garantire i seguenti servizi per la gestione delle pratiche:

- un *call center* ed un indirizzo email dedicato;
- invio delle pratiche fuori convenzionamento in formato elettronico, senza ulteriore invio dei documenti in originale (anche cartaceo);
- portale *on-line* dedicato alla gestione dei sinistri in assistenza diretta e in assistenza rimborsale;

La Società, inoltre, dovrà impegnarsi a mantenere un numero adeguato di centri convenzionati, per tutta la durata del contratto, sul territorio cittadino, provinciale, regionale e sul territorio nazionale.

Sezione 2

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

PREMESSA

L'Assicurazione è prestata a favore del Personale Tecnico Amministrativo (PTA) dell'Associato, Università per Stranieri di Siena (Art. 6.1 Determinazione del premio annuo).

Viene inoltre garantita la facoltà di estendere la presente assicurazione al nucleo familiare del personale tecnico amministrativo (Art. 6.1 Determinazione del premio annuo).

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione del questionario sanitario, rimborsa le spese sostenute per:

Art. 1.2 - AREA RICOVERO.

Diaria per Ricovero con e senza intervento chirurgico.

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, l'assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Diaria per Ricovero dovuto a grande intervento chirurgico (vedi elenco allegato A). L'indennità di cui sopra sarà elevata ad **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico come da elenco allegato A).

Ospedalizzazione domiciliare.

La Società, per un periodo di 90 gg successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica fino ad un massimale di **€ 10.000,00** per assicurato/nucleo.

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse. La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% per sinistro.

Art. 2.2 - ALTA SPECIALIZZAZIONE.

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, colonscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreato-grafia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue e colon con mezzo di contrasto, scialografia, splenoportografia, urografia, vesciculodeferentografia, videoangiografia, wirsunggrafia, elettroencefalogramma, elettromiografia.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di **una franchigia di € 20,00 per accertamento.**

- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato per persona e nucleo: **€ 5.000,00, elevato a € 10.000,00** per cure oncologiche.

Art. 3.2 - VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI DI LABORATORIO.

Onorari per visite specialistiche con l'esclusione delle odontoiatriche e ortodontiche.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per accertamento**.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di **scoperto 20%** con il minimo di **€ 50,00** per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato per persona e nucleo: **€ 2.500,00**.

Art. 4.2 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO.

Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di malattia o infortunio, compresa l'agopuntura a fini antalgici, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di scoperti e franchigie.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo di **€ 70,00** per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 450,00 per assicurato**.

Art. 5.2 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.

Comprende:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.

Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato) e rimborso delle spese sostenute per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

- Strutture sanitarie convenzionate: applicazione di uno **scoperto del 10%**.
- Struttura non convenzionata con la Società: applicazione di uno **scoperto del 30%**.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 400,00 per assicurato**.

Art. 6.2 - PACCHETTO PREVENZIONE.

PREVENZIONE DENTISTICA (In un'unica soluzione* e solo in centri convenzionati).

Una volta l'anno è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;
- una igiene orale professionale completa.

PREVENZIONE (In un'unica soluzione* e solo in centri convenzionati).

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate.

- Elenco esami validi per **tutti** gli assicurati **1 volta/anno**: alanina, aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).
- Prestazioni previste per le **donne, 1 volta/anno**: pap test, ECG da sforzo, mammografia.
- Prestazioni previste per le **donne con età superiore ad anni 55, 1 volta/2 anni**: ecotomografia addome completo, Ecodop-pler venoso arti inferiori, Ecocardiografia, M.O.C.
- Prestazioni previste per gli **uomini, 1 volta/anno**: PSA (specifico antigene prostatico), visita urologica e ECG da sforzo.
- Prestazioni previste per gli uomini con età superiore ad anni 55, 1 volta/2 anni: ecotomografia addome completo, Rx torace, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia

***Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale. È anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.**

Art. 7.2 - PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE.

Protesi ortopediche e acustiche con applicazione di **scoperto 20%** e minimo non indennizzabile di **70,00** per fattura.

Massimale annuo assicurato **€ 2.000,00** per assicurato.

Art. 8.2 - GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA DEFINIZIONE DELLA GARANZIA.

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'assicurato quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "*Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo*".

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'assicurato **non** deve rientrare in una delle seguenti condizioni di "non assicurabilità" al momento dell'inserimento nella polizza.

1. Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
2. Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.
3. Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi. La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

SOMMA ASSICURATA.

Il massimale mensile della garanzia, nel caso in cui l'assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "*Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo*", corrisponde a € **1.000,00 per assicurato**.

Art. 9.2 - CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE.

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio Assistenziale all'assicurato che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del contratto, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio *Case Manager*, proporrà:

- un servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari/sociali forniti dalle strutture socio assistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- fornirà all'assicurato la "*Guida Generale*" contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'assicurato in questa condizione.

Sezione 3

LIMITAZIONI

Art. 1.3 - ESTENSIONE TERRITORIALE.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Nell'ipotesi in cui la Società, tramite accordi internazionali, non possa offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di centri convenzionati (attraverso cui garantire il pagamento diretto senza anticipo da parte dell'assicurato), la garanzia opererà solo nella forma rimborsale, ferma restando la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.

Art. 2.3 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, se di carattere estetico;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza);
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 3.3 - LIMITI DI ETÀ.

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75° anno di età** dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dello stesso Assicurato.

ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

24. Interventi sul cuore per via toracotomica
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica

37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per echinococcosi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
47. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
48. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
49. Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

50. Nefroureterectomia radicale
51. Surrenalectomia
52. Interventi di cistectomia totale
53. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
54. Cistoprostatovescicolectomia
55. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
56. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

57. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
58. Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
59. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

60. Interventi per costola cervicale
61. Interventi di stabilizzazione vertebrale
62. Interventi di resezione di corpi vertebrali
63. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
64. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
65. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA

(gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

66. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
67. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
68. Correzione chirurgica di megauretere congenito
69. Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

70. Tutti

CHIRURGIA GENERALE

71. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi