

# **POLIZZA RSMO**

## **Rimborso Spese Mediche Ospedaliere**

**CIG**

**CONTRAENTE**

<b>IL FONDO SANITARIO</b>
---------------------------

...

**ASSOCIATO**

<b>UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA</b>
---

<b>Strada Nuova, 65 - 27100 PAVIA</b>
---------------------------------------

<b>CODICE FISCALE N. 80007270186</b>
--------------------------------------

<b>PARTITA I.V.A. N. 00462870189</b>
--------------------------------------

e

**SOCIETA' ASSICURATRICE**

.....
-------

<b>CODICE FISCALE N. ....</b>
-------------------------------

<b>PARTITA I.V.A. N. ....</b>
-------------------------------

Durata del contratto

**Dalle ore 24.00 del: 31.12.2024**

**Alle ore 24.00 del: 31.12.2026**

## Sommario

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO.....	4
SEZ. - A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	7
PREMESSA.....	7
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	7
A.2 ASSICURATI.....	7
A.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO .....	9
A.4 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO .....	9
A.5 CLAUSOLA BROKER .....	9
A.6 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI .....	10
A.7 DURATA DELL'ASSICURAZIONE .....	10
A.8 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	11
A.9 ONERI FISCALI .....	11
A.10 FORO COMPETENTE.....	11
A.11 TERMINI DI PRESCRIZIONE.....	11
A.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	11
A.13 ALTRE ASSICURAZIONI.....	11
A.14 COASSICURAZIONE E DELEGA (operante se del caso).....	11
A.15 PARTECIPAZIONE DELLE SOCIETA' (operante se del caso) .....	12
A.16 OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO. .....	12
A.17 GESTIONE DEI SINISTRI .....	14
A.18 INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO .....	16
A.19 SERVIZI DI GESTIONE.....	16
A.20 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO .....	17
A.21 REVISIONE DEL PREZZO.....	18
A.22 RECESSO .....	18
SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	20
B.1 INDENNITA' DA RICOVERO ( <i>Clausola operante solo se accettata in Offerta     Tecnica</i> ) .....	20

B.2 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO .....	20
B.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE .....	20
B.4 VISITE SPECIALISTICHE / ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	21
B.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE.....	22
B.6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE .....	22
B.7 LENTI E / O LENTI A CONTATTO (Incluse le montature) .....	23
B.8 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA .....	23
B.9 CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE.....	25
B.10 PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO).....	25
B.11 VISITA DI CONTROLLO DELLA CRESCITA DEL BAMBINO.....	26
B.12 ACCESSO AL TARIFFARIO ( <i>Clausola valida solo se concessa in sede di Offerta Tecnica</i> ) .....	28
SEZ. - C – LIMITAZIONI.....	28
C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE .....	28
C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE .....	28
C.3 LIMITI DI ETÀ .....	29
Allegato A .....	29
( <i>Valido solo nel caso in cui venga concessa la clausola "Indennità Sostitutiva" in Offerta Tecnica</i> ) .....	29
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC).....	29
ALLEGATO 1 .....	33
COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA .....	33

## **DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO**

### **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.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

### **Assicurato/Beneficiario**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione (personale tecnico-amministrativo a tempo determinato e indeterminato; collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia).

### **Associato**

L'Università degli Studi di Pavia.

### **Broker**

AON S.p.A. Il soggetto incaricato dal Contraente/Associato della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.

### **Centrale Operativa**

Struttura costituita da operatori specializzati nella gestione di polizze sanitarie, che eroga/gestisce, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Struttura dovrà garantire supporto e assistenza agli Assicurati mediante numero verde gratuito che garantisca assistenza telefonica quotidiana non inferiore a 9 ore per ogni giorno lavorativo, su:

- organizzazione e modalità di accesso alla rete convenzionata
- stato dei sinistri
- tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio
- contenuti delle garanzie assicurative

### **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.

### **Data evento**

Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive – anche non in vigenza di

copertura purché nel periodo previsto per il post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

### **Difetto fisico**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

### **Franchigia**

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### **Indennità sostitutiva *(definizione da inserire solo se concessa la clausola di "Indennità sostitutiva" in Offerta Tecnica)***

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero 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.

### **Istituto di Cura *(definizione da inserire solo se concessa la clausola di "Indennità sostitutiva" in Offerta Tecnica)***

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.

### **Società**

..... Compagnia di Assicurazioni.

### **Premio/Contributo**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

**Malattia**

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

**Malformazione**

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

**Ricovero** *(definizione da inserire solo se concessa la clausola di "Indennità sostitutiva" in Offerta Tecnica)*

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

**Sinistro**

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

**Scoperto**

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

**Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

## **SEZ. - A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **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 della Cassa di assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale l'Università degli Studi di Pavia dovrà stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

### **A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società, la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

### **A.2 ASSICURATI**

#### **a) Soggetti assicurati collettivamente dal Piano Sanitario**

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo (a tempo determinato e indeterminato); collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia; ed è operante sia in caso di malattia che di infortunio. I soggetti di cui sopra sono i Titolari di copertura sanitaria.

#### **b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario**

- I Titolari possono estendere facoltativamente la copertura del piano sanitario ai propri familiari risultanti dallo stato di famiglia: il coniuge, il convivente di fatto e i figli. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.
- Possono aderire facoltativamente al piano sanitario i docenti e relativi familiari risultanti dallo stato di famiglia: il coniuge, il convivente di fatto e i figli. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico.

## **Inclusioni ed esclusioni**

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

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

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

Le uscite o gli ingressi di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dall'Ateneo, a mezzo posta elettronica alla Spettabile Contraente, per tramite del broker.

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00 della data di assunzione purché la comunicazione venga effettuata entro 30 giorni. Superato tale limite temporale di 30 giorni, l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione.

Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00 della data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le inclusioni di assicurati **ad adesione facoltativa** sono così regolamentate:

- 1) Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per sé e/o per i propri familiari. Decorso detto termine potranno essere inseriti solamente i familiari per variazione di stato di famiglia. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.
- 2) I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione che avrà come effetto la data dell'adesione stessa previa verifica del pagamento del premio.

Il rinnovo

verrà calcolato come segue:

- Per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il premio annuo;
- Per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati ad adesione facoltativa avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società. Le uscite o gli ingressi di assicurati ad adesione facoltativa che si verificheranno nelle modalità



sopra indicate, dovranno essere comunicati dall'Ateneo, a mezzo posta elettronica alla Spettabile Contraente, per tramite del broker.

### **A.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società/Cassa con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza.

Tale comunicazione deve essere correlata della necessaria documentazione medica.

### **A.4 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali corrisponde all'importo indicato nell'offerta economica per ogni Assicurato/Beneficiario.

Il premio viene conteggiato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base di un numero a preventivo di n. 920 Assicurati/Beneficiari ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Il Premio complessivo annuo verrà versato entro 90 giorni dalla richiesta di pagamento del premio da parte della Cassa/Fondo Sanitario.

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

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni da quello in cui la Società ha presentato all'Ateneo il relativo conto di regolazione.

### **A.5 CLAUSOLA BROKER**

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Aon SpA con sede operativa in Milano, via Ernesto Calindri 6, di conseguenza tutti i rapporti inerenti ai contratti oggetto della presente gara potranno essere gestiti, per conto della Stazione Appaltante, anche dal Broker.

Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Stazione Appaltante/Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dalla Stazione Appaltante/Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni della Stazione Appaltante comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Stazione Appaltante/Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Stazione Appaltante/Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura dell'8% e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

#### **A.6 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI**

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante 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 postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione Appaltante. 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 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

#### **A.7 DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

Il contratto ha durata di anni due con decorrenza dalle ore 24,00 del 31.12.2024 e scadenza alle ore 24,00 del 31.12.2026, senza tacita proroga.

Inoltre, è facoltà dell'Ente richiedere alla Società aggiudicataria, tramite PEC/lettera raccomandata, la prosecuzione del servizio per un ulteriore anno (fino al 31/12/2027). L'Ente dovrà effettuare la richiesta con un preavviso di almeno 180 giorni rispetto alla scadenza (entro e non oltre il 30/06/2026). La Società aggiudicataria dovrà, entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta, e comunque entro e non oltre il 15/07/2026, comunicare all'Ente l'accettazione o il rifiuto della richiesta di prosecuzione del servizio alle medesime condizioni.

È inoltre facoltà del Contraente/Associato, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del 60% di premio pagato, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali (massimali riproporzionati e

prevenzione fruibile dagli assistiti che non ne abbiano già beneficiato nei precedenti sei mesi) per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza. Il Contraente s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

#### **A.8 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

#### **A.9 ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

#### **A.10 FORO COMPETENTE**

Per le eventuali controversie, il Foro competente è esclusivamente quello di Pavia.

#### **A.11 TERMINI DI PRESCRIZIONE**

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

#### **A.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

#### **A.13 ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

#### **A.14 COASSICURAZIONE E DELEGA (operante se del caso)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di inadempienza di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto, la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

#### **A.15 PARTECIPAZIONE DELLE SOCIETA' (operante se del caso)**

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza può essere effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Società mandataria

Compagnia ... Società mandante

Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica, quindi, tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

Compagnia ... Quota xx%

#### **A.16 OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO.**

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni trimestre di polizza, 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. I dati saranno di volta in volta aggiornati dalla data di inizio copertura a quella di termine del trimestre precedente all'invio. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), e dovrà riportare:

- **Foglio 1 "Sintesi"** - il riepilogo complessivo delle prestazioni erogate, dei premi imponibili di competenza del periodo e del numero degli assicurati suddivisi tra le varie categorie. Il foglio dovrà essere conforme alle tabelle qui sotto riportate.

	RETE			FUORI RETE			SSN			TOTALE		
Garanzia	N.Sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato	N.Sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato	N.Sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato	N.Sinistri	Importo Riservato	Importo Liquidato
Ospedalizzazione domiciliare												
Diaria												
Alta Diagnostica												
Viste specialistiche e accertamenti												
Lenti												
Protesi ortopediche ed acustiche												
Cure Dentarie												
Prevenzione												
LTC												
Visita controllo crescita del bambino												
Totale sinistri												
Totale premi compresi di regolazione												
S/P												
N° sinistri respinti e principali motivazioni												

Categoria	N° Assicurati
PTA	
CO del PTA	
Ogni FI del PTA	
Docente <=49	
Docente >=50	
Tecnologi <=49	
Tecnologi >=50	
CO del Docente/Tecnologi	
Ogni FI del Docente/Tecnologi	

- **Foglio 2 “Database”** – in cui riportare l’analitico dei sinistri con evidenza per ciascun sinistro di:
  - Garanzia colpita (Alta Diagnostica, Lenti, etc.)
  - Numero del sinistro attribuito dalla Compagnia
  - Data di accadimento dell’evento;
  - Data di denuncia del sinistro;
  - Data documento di spesa (fattura ricevuta o ticket);
  - Numero di documento spesa (fattura ricevuta o ticket);
  - Codice Anagrafica o Identificativo Assicurato;
  - Tipo di assicurato (PTA, Docenti, Coniuge PTA, Coniuge Docente, ecc.);
  - Stato del sinistro (“aperto”, “chiuso liquidato”, “chiuso senza seguito”);
  - Importo richiesto;
  - Importo liquidato
  - Importo riservato;
  - Canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

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 o in un formato diverso. Le già menzionate 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 mail dall'Associato e/o dal broker.

### **Penali**

Nel caso in cui la Società non provveda alla trasmissione all'Associato della reportistica entro i termini di cui sopra, l'Associato si riserva la facoltà di applicare una penale pecuniaria di € 250,00 per ogni giorno di ritardo.

## **A.17 GESTIONE DEI SINISTRI**

L'Assicurato potrà attivare le prestazioni presso le Strutture Sanitarie convenzionate con la Società e/o richiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute in strutture sanitarie private o in S.S.N, tramite modalità on line, attraverso il portale web e/o app messo a disposizione dalla Società.

Il portale dovrà consentire l'attivazione delle prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate, il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consentire all'Assicurato 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 l'Assicuratore metterà a disposizione degli Assicurati il canale telefonico ed un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società.

L'erogazione delle prestazioni avverrà con le modalità sottoindicate.

### **17.1 ASSISTENZA DIRETTA**

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza presso le strutture convenzionate appartenenti al Network, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o prestazioni non garantite che rimangono a carico dell'Assicurato. Per aver diritto a tale assistenza diretta l'Assicurato deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società (o prendendo contatto con la Centrale Operativa o tramite web e/o app), la quale si impegna a fornire all'Assicurato, entro 5 (cinque) giorni lavorativi dalla richiesta, riscontro relativo alla presa in carico.

Rimane fermo che la Società si impegna a valutare tutte le richieste pervenute con un preavviso di almeno 3 giorni rispetto alla data prevista per l'effettuazione della prestazione, fatti salvi i casi di urgenza che la Società si impegna a licenziare con la necessaria sollecitudine. Qualora l'Assicurato fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non lo fosse, troverà applicazione quanto previsto al successivo punto 17.2 per l'assistenza indiretta.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico

curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia tranne quelli specificamente previsti anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale medico convenzionati. La Società terrà indenne l'Assicurato da qualsiasi richiesta della struttura sanitaria salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eventuali scoperti e franchigie previste per le singole garanzie e per le spese eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

### **17.2 ASSISTENZA INDIRETTA (REGIME RIMBORSUALE FUORI RETE E S.S.N.)**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti dal Capitolato.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare tramite web o app la documentazione di spesa ed i certificati medici di prescrizione attestanti la patologia accertata o presunta e le prestazioni richieste; in caso di invio cartaceo l'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo indicato dalla Società, il modulo di denuncia del sinistro corredato dalla copia della documentazione di spesa e dei certificati medici di prescrizione attestanti la patologia accertata o presunta e le prestazioni richieste.

La documentazione sanitaria è richiesta in copia e deve sempre contenere la diagnosi o il quesito diagnostico. Rimane fermo che la Società potrà richiedere, in ogni momento (sia prima del pagamento che a pagamento avvenuto), la produzione degli originali della documentazione di spesa qualora i documenti trasmessi risultassero in tutto o in parte illeggibili, incompleti o presentassero grafie diverse, oppure per effettuare controlli statistici. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

Per i sinistri avvenuti all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa ricavato dalle quotazioni di Banca d'Italia.

La Società procederà alla liquidazione entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa attinente il sinistro.

## **A.18 INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO**

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

## **A.19 SERVIZI DI GESTIONE**

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

- a) fornire un numero verde dedicato esclusivamente all'Università degli Studi di Pavia, da contattare senza oneri per l'assicurato;
- b) fornire un indirizzo e-mail dedicato;
- c) obbligo di risposta via mail entro sette giorni solari che decorrono dalla data di invio della richiesta da parte dell'assicurato;
- d) garantire che le richieste da parte degli Assistiti per le prestazioni in convenzionamento diretto vengano riscontrate (conferma di autorizzazione o richiesta di integrazione documentazione) entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta da parte dell'Assistito;
- e) entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta la Società dovrà: evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare, respingere la pratica con obbligo di motivazione o sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa. In questo ultimo caso i termini (30 giorni solari) per l'applicazione delle penali ripartiranno dalla data di inserimento della documentazione integrativa da parte dell'assicurato.
- f) invio delle pratiche fuori convenzionamento anche solo in formato elettronico senza ulteriore invio dei documenti in originale;
- g) portale on-line dedicato alla gestione delle pratiche;
- h) portale *on-line* dedicato alle adesioni volontarie che consenta agli aderenti il pagamento diretto del premio o soluzione alternativa individuata dalla Società e previo assenso dell'Ente. Si specifica che detta attività sarà interamente svolta dalla Società aggiudicataria senza alcun coinvolgimento dell'Ente;
- i) adeguata formazione per un numero di due giornate da effettuarsi, anche in videoconferenza, entro 30 giorni dalla data di decorrenza della polizza, a favore degli aventi diritto, con relativa consegna di documentazione esplicativa del servizio.

La Cassa sanitaria provvederà a comunicare all'Agenzia delle Entrate i rimborsi delle spese sanitarie ed i contributi versati direttamente dal contribuente o tramite un soggetto diverso



dal sostituto d'imposta (non devono pertanto essere comunicati i dati relativi ai contributi versati indirettamente cioè tramite il sostituto d'imposta).

### **Penali**

- € 10 al giorno da applicare ad insindacabile giudizio dell'Associato in assenza di riscontro nei termini indicati al punto c);
- € 50 al giorno da applicare ad insindacabile giudizio dell'Associato dal trentunesimo giorno solare dal caricamento delle pratiche a rimborso (punto e);

La Società, inoltre, dovrà impegnarsi a mantenere costante, per tutta la durata del contratto, compresi eventuali rinnovi e proroghe, almeno il numero dei centri convenzionati su territorio nazionale dichiarati in gara.

### **A.20 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

#### **A.21 REVISIONE DEL PREZZO**

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto.
- b) La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione, secondo quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

#### **A.22 RECESSO**

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

## **SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario anamnestico, rimborsa le spese sanitarie sostenute in conseguenza di malattia – anche pregresse, croniche e recidivanti – e di infortunio con le modalità indicate dalle seguenti norme. La presente polizza opera senza soluzione di continuità con la precedente copertura collettiva stipulata dall'Università di Pavia a favore dei soggetti di cui all'art. A2.

### **B.1 INDENNITA' DA RICOVERO** *(Clausola operante solo se accettata in Offerta Tecnica)*

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

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

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).

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

### **B.2 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO**

La Società, per un periodo di 90 gg successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero in Istituto di Cura per malattia o infortunio, 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. 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.

Condizioni: applicazione di scoperto del 30% per sinistro.

Massimale annuo assicurato: **€ 10.000,00**

### **B.3 ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistolografia,

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, wirsungografia, elettroencefalogramma, elettromiografia, angio RMN e dacriocistotac.

- 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 € 35,00 per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 70,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Si intende compresa in garanzia la biopsia effettuata a seguito di uno degli esami sopra elencati.

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

Massimale annuo assicurato: **€ 50.000,00** per assicurato, elevato a **€ 60.000,00** per cure oncologiche.

#### **B.4 VISITE SPECIALISTICHE / ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

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

Massimale annuo assicurato: **€ 50.000,00** per assicurato.

**Sottolimito di € 250** per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio.

#### **Franchigie e Scoperti**

- 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 € 35,00 per visita o accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per ogni visita o accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Nel caso in cui contestualmente alla visita specialistica venga effettuato un accertamento diagnostico si applicherà un unico scoperto/franchigia.

Per l'attivazione della garanzia sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che abbia reso necessaria la prestazione stessa e che, relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono

riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

## **B.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

La Società rimborsa:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici (ortopantomografia, dentalscan, telecranio)
- applicazione di uno scoperto del 25% per fattura in caso di prestazione effettuata in struttura convenzionata con la Società;
- applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo di € 80,00 per fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società;
- Ticket del Servizio Sanitario Nazionale rimborsati al 100%.

Una volta l'anno solo presso strutture convenzionate da effettuarsi in un'unica soluzione è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;
- una igiene orale professionale completa

Massimale annuo assicurato:

- **€ 800,00** per assicurato in caso di prestazione effettuata in struttura convenzionata con la Società
- **€ 280,00** per assicurato in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società. Tale importo è da intendersi quale sotto-limite del massimale previsto al punto di cui sopra.

## **B.6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE**

Protesi ortopediche e acustiche con applicazione di scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 30,00 per fattura.

Con riferimento agli apparecchi acustici, si precisa che sono indennizzabili a seguito dei seguenti eventi e previa presentazione della documentazione sotto riportata:

- **modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
- **rottura apparecchio:** foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con

audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio;

- **smarrimento/furto**: copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio.

Massimale annuo assicurato **€ 1.800,00** per assicurato.

### **B.7 LENTI E / O LENTI A CONTATTO (Incluse le montature)**

Necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus. Lenti (incluse le montature) e/o lenti a contatto (incluse le "usa e getta") con applicazione di scoperto del 10% per fattura.

Massimale annuo assicurato **€ 150,00** per assicurato.

Possibilità di avvalersi di centri ottici convenzionati con la Società. ***(Previsione operante solo se concessa in sede di Offerta Tecnica)***

### **B.8 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:

- Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti:
  - Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;
  - Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;
  - Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;

- Mangiare: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.
- Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 25%.
- Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
- Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tali 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.

#### ULTERIORI PRECISAZIONI

Alla Compagnia è attribuita la facoltà di:

- richiedere che l'accertamento dello stato di non autosufficienza temporaneo venga attestato, oltre che dalla documentazione medica prodotta dal professionista sanitario, anche attraverso la compilazione, da parte di questo, di specifica documentazione messa a disposizione da parte della Compagnia stessa;
- poter disporre di un termine (es. 60 giorni) entro il quale la Compagnia possa valutare la documentazione medica presentata a supporto della richiesta;
- sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso;
- chiedere all'Assicurato l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato stesso in vista dell'erogazione dell'indennizzo.

#### 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 **€ 5.000,00** per assicurato.



L'assicurato dovrà dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica.

### **B.9 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.

Qualora, in seguito al servizio di consulenza organizzativa socio assistenziale si rendessero necessarie una o più prestazioni, l'assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione delle stesse (il cui costo resterà a carico dell'assicurato) e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati della Società con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

### **B.10 PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)**

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, una volta l'anno per ciascun assicurato.

Le prestazioni, rivolte unicamente agli assicurati con più di 18 anni, devono essere richieste alla Centrale Operativa **in un'unica soluzione \***. La Centrale Operativa potrà indirizzare l'assicurato presso un massimo di due strutture per la fruizione delle prestazioni prescelte.

- **Elenco esami validi per tutti gli assicurati:** 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 gli uomini:** PSA (specifico antigene prostatico), ECG a riposo, rx torace (per l'rx torace viene richiesta la prescrizione medica).
- **Prestazioni previste per le donne:** pap test, esame mammografico o in alternativa ecografia mammaria (per l'esame mammografico viene richiesta la prescrizione medica), ECG a riposo.
- **Prestazione prevista per gli uomini e per le donne** una volta ogni due anni a partire dal compimento del cinquantacinquesimo anno d'età: ecocolordoppler venoso arti inferiori, spirometria.

***\*Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale e potranno essere effettuate in giornate diverse sulla base delle disponibilità della struttura sanitaria e dell'Assicurato.***

***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.***

## **B.11 VISITE DI CONTROLLO DELLA CRESCITA DEL BAMBINO**

Rimborso delle spese sostenute per le visite di controllo della crescita per i bambini fino al compimento del 12° anno di età con la conseguente periodicità:

- 4 visite fino al compimento del primo anno di età
- 2 visite fino al compimento del secondo anno di età
- Una visita ogni due anni dal compimento del secondo anno di età fino al compimento del dodicesimo anno di età.

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

- 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 20% con il minimo di € 30,00 per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **illimitato**

Si specifica che la presente garanzia opera per i bambini fino al compimento del 12° anno di età indipendentemente dal fatto che il Titolare abbia o meno esteso la copertura al nucleo familiare.

## **B.12 ACCESSO AL TARIFFARIO** *(Clausola valida solo se concessa in sede di Offerta Tecnica)*

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Società l'autorizzazione ad effettuare la prestazione in una struttura prescelta tra quelle facenti parte della Rete, che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe scontate con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## **SEZ. - C – LIMITAZIONI**

### **C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo. La Società, tramite accordi internazionali, può offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di strutture convenzionate anche all'estero, ottenendo così il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato), previa autorizzazione della centrale operativa. I danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

### **C.2 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;
- 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 infortuni o 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;

- 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;
- tutto quanto non espressamente previsto dalla presente polizza.

### **C.3 LIMITI DI ETÀ**

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata senza limiti di età.

### **Allegato A**

***(Valido solo nel caso in cui venga concessa la clausola "Indennità Sostitutiva" in Offerta Tecnica)***

### **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)**

#### **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
8. Emisferectomia
9. Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.)
10. Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
11. Somatectomia vertebrale

#### **OCULISTICA**

12. Interventi per neoplasie del globo oculare
13. Intervento di enucleazione del globo oculare

## **OTORINOLARINGOIATRIA**

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

## **CHIRURGIA DEL COLLO**

21. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
22. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

23. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
24. Interventi per fistole bronchiali
25. Interventi per echinococchi polmonare
26. Pneumectomia totale o parziale
27. Interventi per cisti o tumori del mediastino

## **CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**

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

## **CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**

35. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
36. Interventi con esofagoplastica
37. Intervento per mega-esofago
38. Resezione gastrica totale

39. Resezione gastro-digiunale
40. Intervento per fistola gastro-digiunocolica
41. Gastroectomia totale
42. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
43. Interventi di amputazione del retto-ano
44. Proctocolectomia totale
45. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
46. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
47. Drenaggio di ascesso epatico
48. Interventi per echinococchi epatici
49. Resezioni epatiche
50. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
51. Interventi chirurgici per ipertensione portale
52. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
53. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
54. Interventi per neoplasie pancreatiche
55. Derivazioni biliodigestive.
56. Interventi sulla papilla di Vater

## **UROLOGIA**

57. Nefroureterectomia radicale
58. Surrenalectomia
59. Interventi di cistectomia totale
60. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
61. Cistoprostatovesicoleclectomia
62. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
63. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
64. ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto).
65. Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.
66. Ileo bladder

## **GINECOLOGIA**

67. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
68. Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

69. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

70. Interventi per costola cervicale

71. Interventi di stabilizzazione vertebrale

72. Interventi di resezione di corpi vertebrali

73. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

74. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

75. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

76. Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari

77. Vertebrotonomia

## **CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sottoelencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)**

78. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

79. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite

80. Correzione chirurgica di megauretere congenito

81. Correzione chirurgica di megacolon congenito

## **TRAPIANTI DI ORGANO**

82. Tutti



## **ALLEGATO 1**

### **COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE - PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA**

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara.

Stesse condizioni previste per il personale tecnico amministrativo

**FAMILIARI DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO DA STATO DI FAMIGLIA: IL CONIUGE, IL CONVIVENTE DI FATTO E I FIGLI. SI INTENDONO ALTRESI' COMPRESI I FIGLI NON CONVIVENTI PURCHE' FISCALMENTE A CARICO.**

Premio annuo lordo aggiuntivo per il coniuge/convivente di fatto: € 500 Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: € 427

I massimali del piano rimarranno per persona.

**DOCENTI E RELATIVI FAMILIARI DA STATO DI FAMIGLIA, IL CONVIVENTE DI FATTO E I FIGLI. SI INTENDONO ALTRESI' COMPRESI I FIGLI NON CONVIVENTI PURCHE' FISCALMENTE A CARICO**

Premio annuo lordo per Docente/Tecnologi:

- con età pari o inferiore a 49 anni: € 658
- con età pari o superiore a 50 anni: € 743

Premio annuo lordo aggiuntivo per il coniuge/convivente di fatto: € 500 Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: € 427

I massimali del piano rimarranno per persona.

La possibilità di adesione facoltativa dei familiari si riferisce a tutte le categorie assicurate dall'Ateneo. È prevista quindi per i familiari del personale tecnico-amministrativo a tempo determinato e indeterminato, per i familiari dei collaboratori ed esperti linguistici, per i familiari del personale dirigente e per i familiari dei Docenti dell'Università degli Studi di Pavia.