

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE da MALATTIA e da INFORTUNIO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si deve intendere per:

AMBULATORI E POLIAMBULATORI: Si intende per ambulatorio ogni struttura in cui è svolta attività di prevenzione, di diagnosi e terapia medica, di chirurgia in anestesia locale e/o analgesia per situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

ASSICURATO: Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE: Il Contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

ASSISTENZA DIRETTA: Prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma o titolo equivalente.

ASSOCIATO: L'Università degli Studi Roma Tre, associato alla Contraente.

CONTRAENTE: Cassa o Fondo di Assistenza, iscritto all'anagrafe dei fondi sanitari di cui al Decreto Min. Salute del 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009 tenuta dal Ministero della Salute.

CARTELLA CLINICA: Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, integrato o non integrato dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O), redatto durante la degenza con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologia remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

CENTRALE OPERATIVA: di cui potranno servirsi gli assistiti per: ricevere informazioni relative alle coperture assistenziali; avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso; risolvere eventuali problematiche inerenti all'utilizzo del portale; organizzare e farsi autorizzare, nei casi previsti, le prestazioni garantite "in rete convenzionata" dal contratto.

DAY HOSPITAL (DH): Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica. Al Day Hospital è assimilato ai fini contrattuali il *Day Surgery* e il *Day Service*.

DIFETTO FISICO: La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.

DURATA CONTRATTUALE: Il periodo durante il quale il contratto è efficace.

EVENTO: Per evento si intende la condizione di salute, di malattia o di infortunio, esigenza diagnostica o di prevenzione per cui è prevista la prestazione sanitaria e/o quella ad essa accessoria.

FRANCHIGIA: Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di Contratto, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: L'importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital o forma di ricovero equivalente e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse.

INDENNIZZO: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO: L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO: L'atto cruento, manuale strumentale, eseguito a fini terapeutici che richiede l'uso della sala operatoria. può avvenire in regime di ricovero ordinario o *day surgery* con o senza degenza.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE: L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

ISTITUTO DI CURA: Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

MALATTIA: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA ONCOLOGICA: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna in qualsiasi stadio, sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro *in situ*; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

MASSIMALE: Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

NETWORK: Rete convenzionata della Società 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 e mista.

NUCLEO FAMILIARE: I componenti della famiglia composta dal capo nucleo, dal coniuge, altra parte di unione civile o convivente *more uxorio*, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico (anche del coniuge o del convivente *more uxorio*) anche non conviventi, e/o dai figli fiscalmente non a carico e non conviventi fino a 35 anni di età.

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: Degenza, documentata da cartella clinica o certificazione equivalente, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO).

SCOPERTO: La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

SINISTRO: L'evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.

SOCIETÀ: L'Impresa assicuratrice o il gruppo di imprese che prestano l'Assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Premessa

L'assicurazione è stipulata dall'Università (ovvero dal Fondo o dalla Cassa di Assistenza per conto dell'Associato Università) a favore della totalità del personale contrattualizzato dell'Università stessa - vale a dire personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario, collaboratori esperti linguistici - anche comandato temporaneamente presso e da altre Amministrazioni Pubbliche, in servizio alla data della stipula del contratto di assicurazione, e il relativo onere economico è assunto dall'Università. Il numero dei dipendenti contrattualizzati complessivamente da assicurare è stimato in 700 unità.

La garanzia è operante per tutti gli assicurati indipendentemente dalle loro condizioni, pertanto, sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

RIMBORSO SPESE CONSEGUENTI A RICOVERO

Art. 1 – RICOVERO IN ISTITUTI DI CURA

1.1 La Società, in caso di intervento chirurgico con ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital o ambulatoriale conseguente a malattia o infortunio, ad esclusione di ricoveri dovuti a parto cesareo ed aborto terapeutico in quanto previsti al successivo punto 1.3, rimborsa le spese sostenute per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di Euro 300,00 (importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario). Tale limite non trova applicazione nel caso di ricovero in convenzionamento;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90 giorni** precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120 giorni** successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **Euro 80,00** e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di **30 giorni** per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **Euro 1.200,00** per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di **Euro 2.000,00** per intervento o ricovero;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'Assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di **Euro 1.600,00**.

1.2 La Società in caso di ricovero senza intervento chirurgico in istituto di cura o in regime di Day Hospital rimborsa le spese sostenute per:

- rette di degenza fino al limite giornaliero di Euro 300,00 (importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario). Tale limite non trova applicazione nel caso di ricovero in convenzionamento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90 giorni** precedenti il ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120 giorni** successivi alla data del ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **Euro 1.200,00** per intervento.

1.3 La Società in caso di parto cesareo o di aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio medico, rimborsa, fino a concorrenza di Euro 7.500,00 per annualità assicurativa, le spese sostenute per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché diritti di sala operatoria e materiali di intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio medico;

- rette di degenza fino al limite giornaliero di **Euro 300,00** (*importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario*);
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **90 giorni** precedenti l'evento, purché direttamente inerenti;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120 giorni** successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti all'evento che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di **Euro 60,00** e con un massimo di **30 giorni** per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di **Euro 1.200,00** per evento.

1.4 La Società in caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio medico, rimborsa, fino a concorrenza di **Euro 2.600,00** per annualità assicurativa, le spese sostenute per:

- onorari dell'équipe medica, nonché diritti di sala operatoria e materiali utilizzati;
- assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di **Euro 250,00**.

La garanzia di cui al presente Articolo 1 è prestata fino a concorrenza della somma di Euro 200.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Nel caso di ricovero avvenuto nei Centri convenzionati e con equipe medico/chirurgiche convenzionate viene riconosciuto il 100% della spesa, quindi la garanzia di cui al presente articolo non prevede l'applicazione di nessuna franchigia fissa né tantomeno di scoperti.

Qualora l'assistito si rivolga ad un Centro convenzionato ma si avvalga di equipe medico/chirurgiche non convenzionate verrà comunque attivata l'assistenza diretta con riconoscimento del 100% delle spese afferenti alla parte convenzionata e saranno sottoposte a franchigia e/o scoperto le spese afferenti le prestazioni non convenzionate, fermi restando, comunque, i massimali contrattualmente previsti sia per l'assistenza diretta che per l'assistenza indiretta.

Nel caso di ricovero avvenuto fuori convenzionamento con la Società, la garanzia di cui al presente articolo è subordinata all'applicazione di uno **scoperto del 20% (percentuale soggetta a ribasso da parte dei concorrenti. Dato definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario)** con il minimo di **Euro 700,00 (importo soggetto a ribasso da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario)**.

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 2 – TRASFORMABILITÀ DELLA PRESTAZIONE: INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora il ricovero avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità sostitutiva di **Euro 100,00** per ogni giorno di ricovero in istituto di cura.

Le eventuali spese collegate al ricovero o all'intervento elencate al precedente **art. 1 "Ricovero in istituti di cura"** saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di Contratto.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di **150 giorni** per annualità assicurativa.

La franchigia in somma prevista per la garanzia di cui all'**art. 1. "Ricoveri in istituti di cura"**, ai fini del pagamento dell'indennità sostitutiva, è sostituita da una franchigia di **2 giorni**; in tale caso l'indennità sostitutiva viene pertanto corrisposta a partire dal **terzo giorno** di ricovero.

Art. 3 – ANTICIPO

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'**80%** della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di contratto delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

RIMBORSO SPESE EXTRARICOVERO

Art. 4 - ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese sostenute a seguito di patologia (conclamata o sospetta) o di infortunio per le seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, non collegate al ricovero:

- amniocentesi e prelievo villi coriali;
- angiografia (anche digitale);
- arteriografia (anche digitale);
- biopsie;
- broncoscopia;
- cistografia;
- colonscopia;
- coronarografia;
- diagnostica radiologica;
- doppler;
- duodeno-scopia;
- ecocardiogramma;
- ecocolordoppler;
- ecodoppler;

- ecografia;
- elettrocardiografia;
- elettroencefalografia;
- esofagoscopia;
- fluoroangiografia;
- retinografia;
- gastroscopia;
- isterosalpingografia;
- M.O.C.;
- mammografia o mammografia digitale;
- radionefrogramma;
- rettoscopia;
- risonanza magnetica nucleare (RMN) inclusa angio RMN;
- telecuore;
- tomografia assiale computerizzata (TAC) anche virtuale;
- tomografia ad emissioni di positroni (PET);
- uroflussometria;
- urografia.

TERAPIE:

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- dialisi;
- radioterapia.

Il massimale assicurato complessivo per le prestazioni suindicate è di **Euro 7.500,00**. Tale massimale è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Si intendono, altresì, comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di **Euro 1.100,00**.

Nel caso di prestazione effettuata presso strutture convenzionate con la Società, la garanzia di cui al presente articolo è subordinata all'applicazione di una franchigia fissa di **Euro 50,00 (importo soggetto ad offerta a ribasso da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario)**.

Nel caso di prestazione effettuata presso strutture non convenzionate con la Società, la garanzia di cui al presente articolo è subordinata all'applicazione di uno scoperto del **20% (percentuale soggetta a ribasso da parte dei concorrenti. Dato definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario)** per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta.

Nel caso di prestazione effettuata presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della copia della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica contenente la patologia presunta o accertata e allegando copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta).

Art. 5 - VISITE SPECIALISTISTICHE

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

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.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia fissa di Euro 30,00**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno scoperto del 25%**.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è di **Euro 2.000,00**. Tale massimale è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Art. 6 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E/O MALATTIA

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e/o malattia, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico di base anche dal pronto soccorso o da altro specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione e iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

Si precisa che rientrano in questa garanzia le infiltrazioni a fini fisioterapici.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, *club* ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, *medical hotel*, centri benessere anche se con annesso centro medico.

In caso di infortunio si precisa che lo stesso deve essere documentato da certificazione della struttura del Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera a cui si è fatto immediato ricorso o tramite compilazione, da parte del soggetto infortunato, di apposito modulo predisposto dalla Società con descrizione accurata delle modalità dell'accaduto.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di una franchigia fissa di Euro 50,00** sull'intero ciclo di prestazioni.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25% per fattura**.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è di Euro 2.200,00. Tale massimale è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

La Società dovrà autorizzare l'intero ciclo delle prestazioni richieste e non le singole sedute.

ART. 7 - MALATTIE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche (anche farmacologiche).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20% (percentuale soggetta a ribasso da parte dei concorrenti. Dato definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario)** per ogni fattura/persona.

Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è di Euro 5.000,00 (massimale soggetto a rialzo da parte dei concorrenti. Dato definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario). Tale massimale è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

ART. 8 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

La Società, a parziale deroga **dell'art. 15 lett. k (esclusioni)**, provvede al pagamento diretto delle prestazioni, di seguito elencate.

La Società rimborsa le spese sostenute per:

- cure odontoiatriche;
- cure ed apparecchi ortodontici;
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- diagnostica radiologica dentaria;

- cure varie.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15%.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Le spese dei ticket saranno rimborsate al 100%

Il massimale annuo assicurato ammonta ad **Euro 1.200,00 (importo soggetto a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).**

Tale massimale è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Una volta l'anno è previsto, per l'Assicurato e per ciascun componente del nucleo familiare, il pagamento integrale di:

- a) una visita specialistica;
- b) una igiene orale professionale completa.

Dette prestazioni sono previste in aggiunta al massimale sopra indicato.

ART. 9 - LENTI

Sono rimborsate le spese per l'acquisto delle sole lenti e lenti a contatto, con il massimale di **Euro 200,00 (importo soggetto a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).** Tale massimale è da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

La copertura non include le montature degli occhiali e le fatture d'acquisto delle lenti devono essere accompagnate da prescrizione del medico oculista, dell'ottico optometrista o dell'ortottico, attestante la variazione del "visus".

La prescrizione deve riportare il nome e cognome dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia (ad esempio miopia, astigmatismo, ecc.) che comporta l'uso di lenti correttive.

PRECISAZIONE

Tutte le garanzie previste dall'art. 1 all'art. 9 compresi, sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'Assicurato

Art. 10 - MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni di prevenzione, di seguito elencate, effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, **per il solo Assicurato titolare (singolo personale contrattualizzato o singolo docente) differenziate per sesso, se del caso.**

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

PACCHETTO A

Comprende:

- **Prevenzione Cardiovascolare/Oncologica**
Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno:
 - Esame emocromocitometrico completo;
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES);
 - Glicemia;
 - Azotemia (Urea);
 - Creatininemia;
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
 - Esame delle urine;
 - Omocisteina;
 - Trigliceridi;
 - Gamma GT;
 - PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
 - PT (Tempo di protrombina);
 - Elettrocardiogramma di base;
 - Psa (Specifico antigene prostatico);
 - Ecografia prostatica.

- **Prevenzione Cardiovascolare/Oncologica**
Prestazioni previste per le donne una volta l'anno:
 - Esame emocromocitometrico completo;
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES);
 - Glicemia;
 - Azotemia (Urea);
 - Creatininemia;
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
 - Esame delle urine;
 - Omocisteina;
 - Trigliceridi;
 - Gamma GT;
 - PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
 - PT (Tempo di protrombina);
 - Elettrocardiogramma di base;
 - Visita ginecologica e PAP-Test.

- **Prevenzione dermatologica:**
 - visita Dermatologica;
 - mappatura dei nei in epiluminescenza.

- **Pacchetto Prevenzione uomo/donna con età uguale o maggiore di 30 anni:**

- Patologia: Maculopatia e Glaucoma;
- Prestazioni previste: OCT (Tomografia a Coerenza Ottica) – Pachimetria Corneale – Campimetria computerizzata – Consegna del referto da parte dell'Oculista.

Le seguenti opzioni, di seguito elencate, sono oggetto di offerta da parte dei concorrenti, i quali potranno aderire opzionando il pacchetto prescelto, B, C.

PACCHETTO B (COMPRENDE L'INTEGRALE PACCHETTO A + LE SOTTOELENcate PREVENZIONI) *combinazione soggetta ad opzione da parte dei concorrenti. Combinazione scelta da inserire a cura dell'aggiudicatario.*

- **Prevenzione endocrinologica:**
 - visita endocrinologica;
 - ecografia tiroidea;
 - esame FT3, FT4 e TSH.
- **Prevenzione angiologica:**
 - visita angiologica;
 - ecodoppler arti inferiori venoso ed arterioso.

PACCHETTO C (COMPRENDE L'INTEGRALE PACCHETTO A + L'INTEGRALE PACCHETTO B E LE SOTTOELENcate PREVENZIONI *combinazione soggetta ad opzione da parte dei concorrenti. Combinazione scelta da inserire a cura dell'aggiudicatario.*

- **Prevenzione otorino-laringoiatrica:**
 - visita ORL;
 - esame audiometrico.
- **Prevenzione pneumologica:**
 - visita pneumologica;
 - spirometria di base.

Art. 11 - Long Term Care

PRESTAZIONE

La garanzia opera in caso d'infortunio o malattia dalla quale derivi **per il solo Assicurato titolare (singolo personale contrattualizzato o singolo docente)** la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta nel capoverso successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni. Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di decorrenza della Copertura Sanitaria.

La Società erogherà, nei limiti annui riportati nello schema che segue, una indennità per far fronte alle spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate. Le spese sopra citate saranno rimborsate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della copertura.

Indennità:	Euro1.500,00 (erogabili come segue e per massimo 3 anni successivi dall'evento)
Regime diretto	Euro 1.500,00
Regime rimborsuale	Euro 750,00
Regime indennitario (in assenza di spese documentate nell'anno)	Euro 375,00 (rata unica posticipata erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza)

Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

Farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0;

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5;

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10.

Vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0;

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5;

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10.

Igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): punteggio 0

(1) andare al bagno;

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi;

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5;

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10.

Mobilità:

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0;

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5;

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10.

Continenza:

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0;

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5;

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10.

Bere e mangiare:

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0;

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5;

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

La Società, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, si riserva di comunicare entro 60 giorni se il sinistro rientra in garanzia o meno.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 12 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 13 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'Assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 14 – LIMITI DI ETÀ – PERMANENZA IN ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a **85 anni**. Per quelle che superano tale limite di età l'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio, salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con l'Università, l'Assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Università degli studi Roma Tre; allo scioglimento di detto rapporto, l'Assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

Art. 15 – ESCLUSIONI

L'Assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sports aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- f) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure, in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie. Nel solo intervento di cataratta con inserimento di "lenti correttive", non si applicherà l'esclusione sopra menzionata;**
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e, comunque, quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio o malattia;
- k) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia salvo quanto previsto all'art. 8;

- l) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- n) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Art. 16 – RETI CONVENZIONATE

Rete delle "Strutture Convenzionate"

La Società dovrà garantire un servizio di accesso ad una rete di centri clinici e Studi Odontoiatrici convenzionati ai quali gli assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa e/o attraverso il portale dedicato, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, ad eccezione delle franchigie o scoperti di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa.

Art. 17 - PERSONALE IN QUIESCENZA DELL'UNIVERSITÀ

In occasione del passaggio a quiescenza, l'Assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale. È data facoltà a ciascun Assicurato di continuare la propria copertura assicurativa, senza soluzione di continuità, per sé e per il proprio nucleo familiare. In tal caso, i relativi premi assicurativi annuali saranno posti ad esclusivo e totale carico del personale in stato di quiescenza e il concernente importo sarà maggiorato di una quota pari al **50%** (cinquantapercento) rispetto agli importi stabiliti per il personale della propria categoria di appartenenza (personale contrattualizzato e docenti).

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 18 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) presentare, non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica con la prescrizione riportante il quesito diagnostico;
- 2) allegare la copia della cartella clinica completa per le prestazioni connesse ai ricoveri;
- 3) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti;
- 4) fornire tutta la documentazione (medica e non) che la Società riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

Art. 19 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società effettua il rimborso delle spese a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle copie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate. La liquidazione avverrà **entro 25 giorni** dalla presentazione della documentazione completa.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia e al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, come ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.

La richiesta di rimborso può essere inviata tramite portale internet oppure tramite altri canali dedicati messi a disposizione dalla Compagnia, d'intesa con la Stazione Appaltante.

Art. 20 – CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità e la quantificazione del sinistro, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 21 – DOCUMENTAZIONE FISCALE – RIMBORSO DA ENTI

Qualora l'Assicurato abbia presentato o debba presentare ad enti assistenziali l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti enti.

La Società restituisce all'Assicurato le notule, distinte, fatture e ricevute relative ai pagamenti effettuati.

Art. 22 – SOMME ASSICURATE – SCOPERTO E FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni garanzia fino a concorrenza della relativa somma assicurata. Tale somma deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare in base a quanto indicato in polizza.

Il rimborso delle spese avviene per ciascuna garanzia previa eventuale applicazione dello scoperto e della franchigia indicati.

Qualora siano operanti sia la franchigia che lo scoperto, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

L'applicazione degli scoperti e delle franchigie si intende riferita all'ammontare delle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato e indennizzabili a termini di contratto.

La "*Indennità giornaliera di ricovero*" viene corrisposta a partire dal giorno di ricovero successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Art. 23 – NORME FINALI

Per quanto non disciplinato dal presente Schema di polizza, valgono le prescrizioni del Capitolato Speciale d'Appalto, purché compatibili.

ALLEGATO ALLO SCHEMA DI POLIZZA

Il servizio di pagamento diretto

L'Assicurato ha la possibilità utilizzare le strutture della rete convenzionata attivando la Centrale Operativa o tramite portale con uno dei seguenti canali a sua scelta:

- Tramite portale Web e/o App;
- Telefonico: chiamate dall'Italia o dall'estero, disponibile 24 ore su 24;
- Email: inviare una mail all'indirizzo della Società.

L'autorizzazione da parte della Centrale Operativa ad effettuare la prestazione in rete comporta il servizio di pagamento diretto da parte della Compagnia alla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione.

La Rete delle "Strutture Convenzionate"

Per "Rete" si intende l'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura, Studi Odontoiatrici e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con la Società, alle quali l'Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate dovrà essere disponibile nel sito della Società o, comunque, essere reso disponibile dalla Società, ed essere periodicamente aggiornato. La Rete, infatti, potrà essere suscettibile di modifiche anche in corso dell'annualità assicurativa.

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità.

In caso di ricovero dovrà, inoltre, sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti "*Sinistri fuori convenzionamento con la Società*" e "*Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previste nelle singole garanzie.

ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI (ricoveri, day hospital, interventi chirurgici ambulatoriali)

L'Assicurato, qualora necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, deve contattare la Centrale Operativa al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assicurativa della prestazione. La Centrale Operativa dovrà essere raggiungibile 24 ore su 24.

In caso di ricoveri urgenti, si richiede all'Assicurato di contattare la Centrale Operativa il prima possibile.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che effettua la prestazione;
- contraente della polizza;
- recapito telefonico mobile o indirizzo mail - per l'invio della comunicazione di conferma accettazione pratica - della persona che effettua la prestazione;
- struttura sanitaria presso cui sarà effettuata la prestazione;
- data della prestazione;
- nominativo équipe medica.

È necessario che l'Assicurato trasmetta via mail o alleggi alla denuncia, se fatta tramite il canale on line, **la prescrizione medica con i seguenti elementi:**

- indicazione della prestazione da effettuare;
- diagnosi.

La preventiva richiesta dell'Assicurato, l'invio della documentazione sopra indicata e la successiva confermada parte della Centrale Operativa **sono condizioni indispensabili per l'operatività del pagamento diretto**. All'atto del ricevimento della certificazione medica, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, entro le 48 ore successive, autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed avvisa l'Assicurato del buon esito della pratica.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato dovrà sottoscrivere l'apposita "lettera d'impegno", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente sulla tutela dei dati personali.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà alla Società direttamente gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Società con modalità rimborsuale.

Si ribadisce che l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto delle spese fatturate dai professionisti e dalle strutture convenzionate solo limitatamente a quanto autorizzato dalla Centrale Operativa.

Pagamento diretto delle spese garantite dalla polizza in caso di prestazioni sanitarie presso la Rete

Qualora la Centrale Operativa abbia autorizzato il pagamento diretto a ricovero avvenuto o a prestazione sanitaria erogata, la Società pagherà direttamente le spese dovute per le prestazioni mediche ed ospedaliere purché indennizzabili a termini di polizza, ferma l'applicazione dell'eventuale franchigia che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria al momento della dimissione.

L'Assicurato dovrà provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per le prestazioni non indennizzabili a termini di polizza.

ACCESSO AI SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI (accertamenti diagnostici/ visite specialistiche/ prestazioni odontoiatriche/ trattamenti fisioterapici e riabilitativi. se attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l'Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 48 ore prima della data della prestazione alfine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche in favore dell'Assicurato è necessario comunicare:

- nome e cognome della persona che deve effettuare la prestazione;
- contraente di polizza;
- recapito telefonico mobile o indirizzo mail - per l'invio della comunicazione di conferma accettazione pratica- della persona che effettua la prestazione;
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione;
- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi;
- nominativo medico specialista (in caso di visita).

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e - in caso di visita specialistica - del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza entro le 48 ore successive la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura).

Nel caso in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa avviserà sia la struttura sanitaria sia l'Assicurato.

L'Assicurato al momento dell'accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la "lettera d'impegno" (documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle Condizioni di Assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà alla Società una copia delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Si precisa che per le fatture delle prestazioni odontoiatriche devono essere riportati i dettagli delle singole prestazioni effettuate.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l'eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l'indennizzabilità del sinistro da parte della Società con modalità rimborsuale.

Prestazioni pre e post ricovero

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero e post-ricovero, l'Assicurato può chiedere l'attivazione dell'Assistenza diretta solo nel caso in cui il ricovero risulti autorizzato dalla Centrale Operativa.

NOTA

Qualora l'Assicurato non attivi la Centrale Operativa ma utilizzi, comunque, un centro clinico o studio odontoiatrico convenzionato con pagamento a proprio carico, avrà diritto all'applicazione delle tariffe previste nella convenzione facendosi riconoscere quale Assicurato della Società. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni "fuori rete".