

## **POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA E DA INFORTUNIO**

### **DEFINIZIONI**

Nel testo che segue, si deve intendere per:

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

**ASSICURAZIONE:** Il Contratto di Assicurazione;

**ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma;

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

**CONTRAENTE:** Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza).....iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato;

**DAY HOSPITAL:** La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno;

**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;

**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 AMBULATORIALE:** L'intervento di chirurgia effettuato senza degenza, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia e/o 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 che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio;

**MALATTIA ONCOLOGICA:** Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; 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;

**NUCLEO FAMILIARE:** L'intero nucleo familiare composto da coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età;

**POLIZZA:** Il documento che prova l'Assicurazione;

**PREMIO:** La somma dovuta dal Contraente alla Società;

**RICOVERO:** La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento;

**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**

**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;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di €250,00=; 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 €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 €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 €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 €1.600,00=.

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

- rette di degenza fino al limite giornaliero di €250,00=; 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;
- 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 € 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 € 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 €250,00=;
- 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 l'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 € 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 € 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 € 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 €150,00=.

**La garanzia di cui al presente articolo 1 è prestata fino a concorrenza della somma di 150.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare.**

**Nel caso di ricovero avvenuto in ambito di convenzionamento diretto con la Società, la garanzia di cui al presente articolo è subordinata all'applicazione di una franchigia fissa di € 1.000,00 (importo soggetto a ribasso da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).**

**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 30% (percentuale soggetta a ribasso da parte dei concorrenti. Dato definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario) con il minimo di € 2.000,00 (importo soggetto a ribasso da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario) per ciascun evento disciplinato al presente Art.1.**

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 €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 per ogni componente del nucleo familiare.

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 per le seguenti prestazioni extraospedaliere

**ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA (ESAMI STRATIGRAFICI E CONTRASTOGRAFICI) ANCHE DIGITALE**

Angiografia;  
Artografia;  
Broncografia;  
Cisternografia;  
Cistografia;  
Cistouretrografia;  
Clisma opaco;  
Colangiografia intravenosa;  
Colangiografia percutanea (PTC);  
Colangiografia trans Kehr;  
Colecistografia;  
Dacriocistografia;  
Defecografia;  
Fistolografia;  
Flebografia;  
Fluorangiografia;  
Galattografia;  
Isterosalpingografia;  
Linfografia;  
Mielografia;  
Retinografia;  
RX esofago con mezzo di contrasto;  
RX stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;

RX tenue e colon con mezzo di contrasto;  
Scialografia;  
Splenoportografia;  
Urografia;  
Vesciculodeferentografia;  
Videoangiografia;  
Wirsunggrafia;

#### ACCERTAMENTI

Ecocardiografia;  
Elettroencefalogramma;  
Elettromiografia;  
Mammografia o mammografia digitale;  
Tomografia ad emissione di positroni (PET);  
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN);  
Scintigrafia;  
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);

#### TERAPIE

Chemioterapie;  
Cobaltoterapia;  
Dialisi;  
Laserterapia a scopo fisioterapico;  
Radioterapia.

**Il massimale annuo assicurato complessivo per le prestazioni suindicate è di euro 3.500,00 (importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).**

Nel massimale sopraindicato si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di **€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 **€ 50,00=** per singola prestazione, intendendosi per tale anche ogni ciclo di terapia.

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% per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta**.

Scoperto e minimo di scoperto non vengono applicati nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica, con indicazione della patologia.

#### **Art. 5 - VISITE SPECIALISTISTICHE**

La Società provvede al pagamento o al rimborso delle spese per visite 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 **€30,00** per ogni visita specialistica.

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 %**. per prestazione, intendendosi come prestazione anche il ciclo di terapia.

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 per nucleo familiare è di € 350,00 (importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).**

#### **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" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. 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.

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 **€50,00** per ogni ciclo di terapia.

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 prestazione, intendendosi come prestazione anche il ciclo di terapia.

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 per annualità assicurativa e per nucleo familiare è pari ad euro 350,00 (importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).**

#### **ART. 7 - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni, di seguito elencate, effettuate esclusivamente in strutture convenzionate con la Società.

La Società rimborsa le spese sostenute per:

- terapie conservative e ortodonzia
- protesi dentarie

Le spese sostenute in ambito di convenzionamento diretto prevedono l'applicazione di uno scoperto del **20%**.

Le spese dei Ticket saranno rimborsate al **100%**.

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

- Una visita specialistica
- Una igiene orale professionale completa

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate, per annualità assicurativa e per nucleo familiare, è pari ad euro 350,00 (importo soggetto ad offerta a rialzo da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).**

#### **PRECISAZIONE**

**Tutte le garanzie previste dall'art. 1 all'art. 7 compresi, sono operanti indipendentemente dallo stato di salute dell'assicurato**

#### **Art.8 - MEDICINA PREVENTIVA**

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni di prevenzione, di seguito elencate, effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, per le persone indicate al paragrafo che segue.

La garanzia di cui al presente Articolo si intende operante per tutto il personale contrattualizzato in servizio, e per i soli docenti in servizio, che abbiano aderito volontariamente all'assicurazione, ovvero in quanto assicurati all'interno del nucleo di un dipendente contrattualizzato in servizio o di un altro docente che abbia volontariamente esteso la copertura al proprio nucleo familiare.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

#### **Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)**

- 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
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

#### **Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)**

- 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
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

**Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)**

- 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
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

**Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)**

- 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
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

**Art. 9 - GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA**

**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 ASSICURABILITA'**

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:

- trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.
- presentare postumi di malattie o 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 comportano 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 lo stato di non autosufficienza temporaneo all'assicurato che presenta la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre sui quattro seguenti atti ordinari della vita :

- Spostarsi, ossia la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.
- Lavarsi, ossia soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- Vestirsi, ossia la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.
- Mangiare/nutrirsi, ossia la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporanea, previa presentazione di certificato medico attestante lo stato di non autosufficienza, con indicazione della durata prevedibile di tale stato.

#### **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 **€ 300,00** per assicurato e per un massimo di 5 anni.

La garanzia di cui al presente Articolo si intende operante per i soli dipendenti / docenti in servizio presso l'Ateneo purché assicurati, anche nell'ambito dei nuclei familiari.

### **DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**

#### ***Art. 10 – VALIDITÀ TERRITORIALE***

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

#### ***Art. 11 – 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. 12 – LIMITI DI ETÀ – PERMANENZA IN ASSICURAZIONE***

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a **75 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. 13 – 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
- 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 preprotesici e di implantologia salvo quanto previsto all'art 9.
- 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. 14 – 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 **30%** (trentapercento) rispetto agli importi stabiliti per il personale contrattualizzato in servizio.

***NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO***

***Art. 15 – 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, inclusa copia della cartella clinica completa;
- 2) 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.

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

#### ***Art. 16 – 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.

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.

#### ***Art. 17 – CONTROVERSIE***

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità 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 esser 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. 18 – 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. 19 – 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, se non diversamente indicato.

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.20 – NORME FINALI***

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