

POLIZZA RSM
Rimborso Spese Mediche
CIG 7856662296

CONTRAENTE
IL FONDO SANITARIO
Cassa Previline Assistance

ASSOCIATO
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
Via Festa del Perdono, 7 - 20122 MILANO
Codice Fiscale n. 80012650158

e

SOCIETA' ASSICURATRICE
Generali Italia S.p.A.
Codice Fiscale n. 00409920584
Partita IVA 00885351007

Polizza n. 390690314

Durata del contratto tre anni dalla data di attivazione
Con scadenze dei periodi di assicurazione annuali successivi al primo

Condizioni del Capitolato RSM

CIG 7856662296

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.
Assicurato/Beneficiario	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico: -Personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti) e personale docente (ricercatori; professori associati; professori ordinari) e assegnisti e dottorandi con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1) -Nucleo familiare del personale tecnico-amministrativo e del personale docente intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico (si veda Allegato 2).
Assicurazione	Il contratto di assicurazione dal Contraente.
Associato	Università degli Studi di Milano.
Broker	Il soggetto incaricato dall' Associato della gestione ed esecuzione del contratto, conosciuto dalla Società.
Case Manager	Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicologiche e sociofamiliari ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità individuate.
Centrale Operativa	È la struttura della Società costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate, fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogati.
Contraente	Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) Cassa Previline iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.
Day Hospital	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
Difetto fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Documentazione medica	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci)
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 (Diaria)	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esse comunque connesse.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento Chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.
Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza osservazione nel post-intervento.
Istituto di Cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza.

	ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Polizza	Cassa Previline (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
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Strutture Mediche Convenzionate	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, tra cui i centri diagnostici (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), gli Studi odontoiatrici, i Centri di fisioterapia e gli Studi medici e relativi medici chirurghi, 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, con cui l'Università stipulerà apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di evidenza pubblica.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti.

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 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 unicamente per i Soggetti Beneficiari di cui all'allegato 2 (Famigliari del personale tecnico-amministrativo e Famigliari del personale docente dell'Associato/Università degli Studi di Milano), il relativo pagamento del premio dovrà essere corrisposto entro 180 giorni dall'effetto dell'assicurazione.

In tale caso, se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 180° 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 inoltre che se dai controlli effettuati dall'Equitalia Spa, 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 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha durata dalle ore 00,00 del 01.10.2019 e scadenza alle ore 00,00 del 01.10.2022, senza tacita proroga.

L'associato si riserva la facoltà, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., di rinnovare il contratto per una durata pari ad anni due, previa adozione di apposito atto. Tale facoltà riconosciuta al Contraente non necessita di preventivo accordo della Società.

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 180 giorni prima della scadenza annuale.

A.2.1 NUOVI SOGGETTI BENEFICIARI

Potranno entrare in corso di vigenza contrattuale il Personale di nuova assunzione, fermo quanto disciplinato al successivo Art. A.3 "Pagamento e regolazione del Premio".

Fatto salvo per quanto sopra disciplinato, si precisa che per i Soggetti Beneficiari di cui all'allegato 1 al punto elenco B, C e D nonché per i Soggetti Beneficiari di cui all'allegato 2 (Famigliari) che non aderiranno alla presente assicurazione entro la data di decorrenza del contratto, sarà possibile entrare in copertura unicamente alla decorrenza di ciascun anno successivo al primo, mediante comunicazione dell'Associato (Università degli Studi di Milano) alla Società entro 30 giorni dalla predetta decorrenza.

A.2.2 INTERRUZIONE COPERTURA ASSICURATIVA SOGGETTI BENEFICIARI

Per i Soggetti Beneficiari di cui all'allegato 1 al punto elenco B, C e D nonché per i Soggetti Beneficiari di cui all'allegato 2 (Famigliari), sarà possibile non confermare la volontà ad aderire alla copertura assicurativa per la successiva annualità assicurativa, perdendo tuttavia il diritto a rientrare successivamente fino alla scadenza triennale del presente contratto.

Resta inteso che tale disciplina è estesa anche agli eventuali nuovi Beneficiari che dovessero entrare in copertura in corso d'anno.

La comunicazione di non confermare tale volontà dovrà tassativamente essere comunicata dall'Associato (Università degli Studi di Milano) alla Società entro 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa.

A.3 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali corrisponde al prezzo offerto in ribasso sull'importo lordo annuo pro-capite posto a base di gara per ciascun Assicurato/Beneficiario.

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base di un numero a preventivo degli 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.

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 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 acquisito dalla Società. Pertanto la copertura assicurativa cesserà alla scadenza dell'annualità.

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

- Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 della data di comunicazione, per gli assicurati di cui all'allegato 1 con premio a carico dell'Ateneo.

Qualora la comunicazione abbia data successiva a quella di effettiva assunzione, risultante dai registri dell'Ateneo, ai fini dell'attivazione della garanzia farà fede quest'ultima. Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 30 giorni, oltre i quali l'assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

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

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.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO e OBBLIGHI DELLA SOCIETA' 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.

Obbligo della Società di fornire dati sull'andamento del rischio.

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni semestre 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. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), dovrà riportare il riepilogo delle prestazioni erogate e essere conforme alla tabella qui sotto riportata.

TIPO SINISTRO	RETE		FUORI RETE		SSN		TOTALE		n. sinistri respinti e relativa motivazione
	NUMERO SINISTRI	COSTO	NUMERO SINISTRI	COSTO	NUMERO SINISTRI	COSTO	NUMERO SINISTRI	COSTO	
INDENNITA' SOSTITUTIVA									
LENTI E OCCHIALI									
ODONTOIATRIA									
PREVENZIONE									
PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE									
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI									
VISITE E ACCERTAMENTI									

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

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

Penali

Nel caso in cui la Società non provveda alla trasmissione all'Associato del rendiconto semestrale dell'andamento dei Sinistri entro le finestre di cui sopra, l'Associato si riserva la facoltà, trascorsi 10 giorni solari dai termini di cui sopra, di

Internal

applicare una penale pecuniaria di € 250,00 per ogni giorno di ritardo.

A.5 CLAUSOLA BROKER

Resta inteso tra le Parti che al Broker Aon S.p.A. di cui l'Associato si avvale è affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza. Pertanto, agli effetti delle condizioni della stessa, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker Aon S.p.A. si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dall'Assicurato stesso. Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e riconoscono che tale atto è liberatorio per l'Assicurato.

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 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.8 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.9 FORO COMPETENTE

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

A.10 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.11 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.12 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.13 COASSICURAZIONE

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 inadempimento 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 stragiudi-

ziale 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.14 SERVIZI DI GESTIONE

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

a) fornire un numero telefonico da contattare senza oneri per l'assicurato, dedicato all'Università degli Studi di Milano; **numero verde: 800 533 438 e numero nero: 02 67398339**

b) fornire un indirizzo email dedicato; mail: **UniversitastudiMilano@generali.com**

c) obbligo di risposta via mail entro sette giorni solari che decorrono dalla data di invio della richiesta da parte dell'assicurato;

d) entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta la Società dovrà: evadere la pratica predisponendo la liquidazione, 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.

e) invio delle pratiche fuori convenzionamento in formato elettronico, senza ulteriore invio dei documenti in originale (anche cartaceo)

f) portale on-line dedicato alla gestione delle pratiche, fatta salva la possibilità di utilizzare -a richiesta del Contraente e con assenso della Società- il portale gestito dal Broker.

g) adeguata formazione per un numero di due giornate da effettuarsi prima della decorrenza della polizza, a favore degli aventi diritto, con relativa consegna di documentazione esplicativa del servizio.

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 d);

Pag. 10 di 20

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.

SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo (PTA tempo determinato, PTA tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti) e personale docente (ricercatori; professori associati; professori ordinari) e assegnisti e dottorando con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).

Viene inoltre garantita la facoltà di estendere la presente assicurazione, con le medesime garanzie, al nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli, questi ultimi fino al trentesimo anno di età anche non conviventi purché fiscalmente a carico (si veda Allegato 2).

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

B.1 AREA RICOVERO

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

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).

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

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% per sinistro

Internal

B.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di alcuna franchigia per accertamento e/o ciclo di terapia. (Rimborso al 100%).
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 10% con il minimo di € 30,00 per ogni accertamento e/o ciclo di terapie 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. Massimale annuo assicurato: **€ 50.000,00** per assicurato, elevato a **€ 50.000,00** per cure oncologiche.

B.3 VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

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

Massimale annuo assicurato **€ 5.000** per assicurato:

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di alcuna franchigia per accertamento. (Rimborso al 100%).
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 30,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Sottolimito di € 250 per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (con quesito diagnostico):

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di alcuna franchigia per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 30,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.

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

B.4 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

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

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di scoperti e franchigie.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo di € 30,00 per ogni fattura o ciclo di cure in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 500,00** per assicurato

B.5 LENTI E / O LENTI A CONTATTO (Escluse le montature)

Necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus. Massimale annuo assicurato **€ 300,00** per assicurato.

B.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Comprende:

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

Rimane altresì intesa la copertura per gli accertamenti odontoiatrici propedeutici a tali prestazioni.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) e rimborso delle spese sostenute per ogni fattura in caso di prestazione effet-

- tuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Struttura non convenzionata con la Società: applicazione di uno scoperto del 15%
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 700,00** per assicurato

B.7 PACCHETTO PREVENZIONE

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

1 volta / anno è previsto il pagamento integrale di:

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

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

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

Elenco esami validi per tutti gli assicurati 1 volta / anno: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), TSH riflesso, urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).

Prestazioni previste per le donne, 1 volta / anno:

- Visita ginecologica + pap test;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo (per questo esame è richiesta la prescrizione medica);
- mammografia o in alternativa ecografia mammaria a scelta dell'assicurato (per questi esami è richiesta la prescrizione medica);
- Visita dermatologica per controllo nei.

Prestazioni previste per gli uomini, 1 volta / anno:

- PSA (specifico antigene prostatico);
- visita urologica;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo (per questo esame è richiesta la prescrizione medica);
- Visita dermatologica per controllo nei.

** Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale.*

E' 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.8 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Protesi ortopediche e acustiche con applicazione di **scoperto 20%** e minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per fattura. Massimale annuo assicurato **€ 10.000,00** per assicurato.

B.9 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, lavarsi, vestirsi, mangiare.

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 40%.

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 tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi sulla base delle seguenti definizioni:

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;
- Nutrirsi: 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 temporaneo.

SOMMA ASSICURATA

Il massimale 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 per ciascun mese di permanenza dello stato di non autosufficienza documentata (frazionabile in giorni).**

B.10 PACCHETTO MATERNITA'

Massimale **€ 2.000**

In gravidanza

In network: Ecografie di controllo, Bites/ translucenza nucale, Test del DNA fetale, Amniocentesi, Villocentesi, Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza

Anche fuori network: Visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza.

Dopo il parto: una visita ginecologica di controllo.

Nessuno scoperto/franchigia

B.11 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.

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.

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 tec-*

- nica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;*
- *gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;*
 - *i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.*
 - *Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.*
 - *gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;*
 - *il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;*
 - *gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;*
 - *gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;*
 - *le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;*
 - *le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;*
 - *le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale*

C.3 LIMITI DI ETÀ

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

ALLEGATO 1

COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

NUMERO PREVENTIVATO BENEFICIARI DI POLIZZA risultante al 14.02.2019:

Personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti), Personale docente (ricercatori, professori associati, professori ordinari), assegnisti e dottorandi con borsa dell'Associato Università degli Studi di Milano

Il numero preventivato di soggetti beneficiari di polizza è pari a 3.922 unità, parametro utilizzato per il calcolo del premio di gara in sede di Offerta economica, ed è così calcolato:

A) Assicurati di polizza, personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, fino a € 60.000,00, di cui:

- Personale Tecnico e Amministrativo(1.960 unità)
- Personale Docente(1.390 unità)

B) Assicurati mediante adesione facoltativa (comunque previsti nel computo delle unità complessive per definire il numero di beneficiari preventivato, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di offerta economica) personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, da € 60.001,00 a € 100.000,00, di cui:

- Personale Tecnico e Amministrativo (8 unità)
- Personale Docente(564 unità)

TOT. preventivato soggetti beneficiariSOMMANO (3.922 unità)

Sono, inoltre, soggetti beneficiari di polizza mediante adesione facoltativa le seguenti categorie di personale (tali unità di personale non saranno conteggiate nel numero preventivato di beneficiari, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di offerta economica):

C) Assicurati mediante adesione facoltativa personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, da € 100.001,00. Nello specifico trattasi di:

- Personale docente(196 unità)

D) Assicurati mediante adesione facoltativa appartenenti alle categorie di:

- Assegnisti(676 unità)
- Dottorandi con borsa dell'Ateneo(734 unità)

I soggetti delle categorie di cui alle lettere C) e D) - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle medesime condizioni tecniche ed economiche dei soggetti delle categorie di cui alle lettere A) e B).

ALLEGATO 2 COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA

Famigliari del personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, del PTA a tempo indeterminato, dei Collaboratori ed Esperti linguistici, dei Dirigenti) **e del personale docente** (ricercatori, professori associati, professori ordinari) **dell'Associato Università degli Studi di Milano, come da stato di famiglia:**

il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico (come da definizione di pag. 2)

Si precisa che il numero dei famigliari che è possibile inserire è discrezionale e che non è fatto obbligo di inserire tutti i famigliari risultanti dallo stato di famiglia.

I famigliari - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle medesime condizioni tecniche dei soggetti delle categorie di cui alle lettere A), B), C) e D) dell'Allegato 1, e alle seguenti specifiche condizioni economiche (fisse e non ribassabili):

premio annuo lordo pro-capite aggiuntivo per i familiari:

€ 270,00 per il coniuge o convivente more uxorio

€ 250,00 per i figli

I massimali del piano rimarranno per persona.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA
1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale
OCULISTICA
8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
CHIRURGIA DEL COLLO
17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino
CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
24. Interventi sul cuore per via toracotomica
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica

37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per echinococchi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
46. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
47. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
48. Interventi per neoplasie pancreatiche
UROLOGIA
49. Nefroureterectomia radicale
50. Surrenalectomia
51. Interventi di cistectomia totale
52. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
53. Cistoprostatovesicolectomia
54. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
55. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
GINECOLOGIA
56. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
57. Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
58. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
59. Interventi per costola cervicale
60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
64. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati entro 18 mesi dalla nascita)
65. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
66. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
67. Correzione chirurgica di megaurettere congenito
68. Correzione chirurgica di megacolon congenito
TRAPIANTI DI ORGANO
69. Tutti
CHIRURGIA GENERALE
70. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi

ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il servizio di pagamento diretto

La Rete delle “Strutture Convenzionate” con Generali Italia

Per “Rete” si intende l’insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con Generali Italia, alle quali l’Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito delle Generali Italia www.generali.it alla voce “Strutture Convenzionate” ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell’annualità assicurativa. L’ufficio Convenzioni provvede all’aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all’Assicurato un’informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

Riferimenti per i servizi per la gestione delle pratiche dedicati all’Università degli Studi di Milano senza oneri per l’assicurato.

numero verde: 800 533 438

numero nero: 02 67398339

Mail: UniversitastudiMilano@generali.com

Accesso ai servizi extraospedalieri (alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed 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 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l’invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

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 24 ore successive** la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l’assicurato.

Nel caso in cui l’autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà 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 telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia gli originali delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse 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 Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

NOTA

Qualora l’assicurato non attivi l’Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all’applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato Generali. 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”.

ALLEGATO 4 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Procedura operativa “Pronto-Care” – Cure dentarie

Servizi erogati da Pronto-Care

- Accesso al Network e al Tariffario Pronto-Care
- Servizio di assistenza del Customer Care attraverso NUMERO VERDE
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Gestione degli appuntamenti
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzano un dentista appartenente al Network
- Controllo delle prestazioni erogate in conformità con il piano di rimborso
- Inserimento dei sinistri nel sistema informatico
- Reso della documentazione ai pazienti

Procedura

1. Per reperire il nominativo di un dentista l'Assistito può consultare l'elenco degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie specializzate aderenti al Network in Italia consultando il sito www.pronto-care.com, chiamando il **numero verde gratuito Pronto-Care 800 197 397**, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail: info@pronto-care.com.
L'Assistito che desidera richiedere l'affiliazione del proprio dentista, può inviare una e-mail con i dati dello studio a: affiliazioni@pronto-care.com. L'ufficio affiliazioni Pronto-Care contatta entro 7 giorni dalla richiesta lo Studio segnalato per proporre l'adesione al network.
2. L'Assistito può contattare direttamente la struttura selezionata per fissare l'appuntamento. Entro le 24 ore precedenti la visita, l'Assistito deve notificare a Pronto-Care, tramite l'apposito form del sito (o in alternativa via e-mail, fax o telefono) le seguenti informazioni:
 - Titolare di Polizza con relativa data di nascita
 - Nome e Cognome dell'Assistito
 - Studio odontoiatrico selezionato con relativo Comune e Provincia
 - Data e orario dell'appuntamentoPronto-Care provvede a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.
Nel caso in cui l'Assistito desideri che sia Pronto-Care a fissare l'appuntamento presso lo studio, può contattare Pronto-Care, attraverso l'apposito form del sito (oppure via e-mail, fax o telefono) per fornire le informazioni necessarie per l'identificazione ed esprimere le sue preferenze di date e fasce orarie. E' possibile richiedere un servizio di reminder attraverso il quale gli viene ricordata la data e l'orario della visita.
3. L'Assistito ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati. In ogni caso può fruire degli sconti previsti per tutte le prestazioni medico-sanitarie non comprese nell'elenco di cui al predetto Tariffario.
4. Lo studio odontoiatrico, prima di effettuare le prestazioni, deve contattare Pronto-Care per verificare se siano previste nel piano di rimborso.
5. Pronto-Care svolge ogni opportuna verifica e provvede tempestivamente a trasmettere all'Assistito e allo studio odontoiatrico una conferma attraverso il sito (oppure a mezzo fax, via e-mail o via posta) relativa alle prestazioni richieste dallo studio comprese nel piano di rimborso. Il documento elaborato da Pronto-Care presenta il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico dell'Assicurazione in conformità alle condizioni di polizza e la quota di scoperto a suo carico.
6. Una volta terminate le cure, lo studio odontoiatrico invia a Pronto-Care l'originale della fattura (oppure la copia, in base alle condizioni di polizza). Ogni singola prestazione è accompagnata dal relativo codice e da una breve descrizione. Pronto-Care verifica che le prestazioni eseguite e le tariffe applicate corrispondano a quelle riportate nel Tariffario e che le coperture siano corrispondenti alle condizioni di rimborso.
7. Gli Assistiti che utilizzano un dentista non appartenente al network Pronto-Care, devono far compilare l'apposito modulo di richiesta di rimborso dal medico curante ed inviarlo unitamente all'originale della fattura (o alla copia, in base alle condizioni di polizza) a:

Pronto-Care
Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano

Nel caso in cui la polizza ammetta la copia della fattura, l'Assistito può inoltrare la richiesta di rimborso online, accedendo al sito con proprie credenziali e compilando la sezione "Procedura fuori rete – Richiesta di rimborso fuori rete".

8. Effettuati gli opportuni controlli, Pronto-Care provvede ad inserire il sinistro nel sistema liquidativo. In caso contrario, Pronto-Care entro 30 giorni dalla ricezione della pratica, contatta l'Assistito/studio odontoiatrico per la notifica delle irregolarità e per richiedere, eventualmente, ulteriore documentazione.
9. Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, informa l'Assistito dell'avvenuta liquidazione attraverso una notifica via e-mail e provvede ad inviare la documentazione all'Assistito con il dettaglio della liquidazione.



Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Internal