
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Rimborso Spese Mediche

MANUALE OPERATIVO

Il presente manuale esemplificativo non ha valenza contrattuale, fare sempre riferimento alle condizioni di polizza.

PREMESSA

Questo Manuale ha lo scopo di fornire uno strumento per una chiara ed agevole interpretazione delle prestazioni offerte dal programma assicurativo Rimborso Spese Mediche, oltre a fornire tutta la modulistica necessaria per la denuncia dei sinistri.

Per illustrare l'estensione della copertura assistenziali di rimborso spese mediche, vengono fornite le seguenti informazioni:

- Definizioni
- Estensione territoriale
- Esclusioni dall'assicurazione
- Limiti di età
- Modalità di erogazione delle prestazioni
- Criteri di liquidazione
- Quadro sinottico
- Condizioni di assicurazione
- Oggetto dell'assicurazione
 - B.1 area ricovero
 - B.2 ospedalizzazione domiciliare
 - B.3 alta specializzazione
 - B.4 visite specialistiche
 - B.5 prestazioni odontoiatriche
 - B.6 pacchetto prevenzione
 - B.7 protesi ortopediche e acustiche
 - B.8 garanzia per stati di non autosufficienza
 - B.9 pacchetto maternità
 - B.10 consulenza organizzativa socioassistenziale
- Allegato A elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Allegato 1 copertura assicurativa rimborso spese mediche - numero preventivato
- Allegato 2 copertura assicurativa rimborso spese mediche- piano ad adesione facoltativa

L'intento è quello di semplificare la comprensione dei contenuti del programma adottato dall' Università degli Studi di Milano; tuttavia, tale descrizione mantiene comunque un valore indicativo e non impegna la stessa. In caso di dubbie interpretazioni, farà testo quanto contenuto nella polizza sottoscritta dalla Società.

Il presente manuale esemplificativo non ha valenza contrattuale. fare sempre riferimento alle condizioni di polizza.

DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assicurato/Beneficiario

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico:

- Personale tecnico amministrativo e bibliotecario (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico), dirigenti, personale docente e ricercatore (ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) e assegnisti/e nonché dottorandi/e e specializzandi/e con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).
- Nucleo familiare del personale tecnico amministrativo e bibliotecario e del personale docente e ricercatore (PTAB a tempo determinato e indeterminato, CEL, dirigenti, ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) intendendosi per tale, il/la coniuge o il/la convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia (si veda Allegato 2).

Assistenza diretta

Le prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero effettuato in strutture sanitarie private utilizzando personale medico ambedue convenzionati; in questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da parte della Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati.

Assistenza indiretta

Il pagamento da parte della Società all'Assicurato/a di quanto dovuto a termini di polizza, dietro prestazione delle relative fatture, notule, distinte e ricevute.

Associato

Università degli Studi di Milano.

Broker

Il soggetto incaricato dall' Associato della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.

Case Manager

Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa

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/a, 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 erogate.

Centri convenzionati

Poliambulatorio, centro specialistico, diagnostico (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), strutture fisioterapiche.

Contraente

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

Data evento

Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche non in vigore di contratto nei limiti del periodo di post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

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/a.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.

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 essi comunque connesse.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-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/a per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Network

Rete di Strutture Sanitarie e Personale Sanitario convenzionati con la Società, ai quali l'Assicurato/a può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta.

Nucleo familiare

Coniuge fiscalmente a carico e non, (in alternativa al coniuge, il convivente more uxorio), la parte dell'unione civile, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, fino al compimento del trentesimo anno di età.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

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.

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/a), previa autorizzazione della centrale operativa.

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, ad eccezione delle nevrosi trattate da psichiatra e/o psicologo, che si intendono comprese in garanzia;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato/a 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/a 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/a;
- 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.

LIMITI DI ETÀ

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

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni del presente piano sanitario sono prestate dalla società **PosteAssicura S.p.A.**, che offre le coperture assicurative, e dalla società **PosteWelfareServizi** che opera nella gestione delle stesse, dei Fondi Sanitari Integrativi e del Network di strutture sanitarie "**PosteProtezione**".

Gli assistiti della polizza collettiva dell'**Università di Milano**, oltre a quanto illustrato nel manuale operativo, potranno ottenere **tariffe agevolate** presso le Strutture sanitarie private della rete PosteProtezione anche per tutte quelle prestazioni non previste dalle Condizioni Generali di Polizza, comunicando lo stato di assicurato del Network PosteProtezione.

CONTATTI

Contact Center: **800 178 411**

Chi chiama da cellulare può contattare invece il numero a pagamento **06-99503501**

Il servizio è attivo **dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.**

In alternativa è possibile scrivere una mail a infounimi@postewelfareservizi.it.

Per richiedere alla Centrale Autorizzativa di prendere appuntamento presso una struttura convenzionata è necessario inviare una mail all'indirizzo prenotazioni@postewelfareservizi.it contenente nome, cognome, codice posizione, struttura prescelta, eventuale medico convenzionato, prestazione da effettuare e recapito telefonico. La Centrale risponderà alla mail con l'appuntamento concordato dalla struttura. A seguito di tale prenotazione sarà possibile richiedere autorizzazione per effettuare la prestazione in area riservata. Non verranno prese in considerazione mail con allegati contenenti dati sensibili. Alternativamente è possibile contattare telefonicamente il contact center.

Sito web: www.postewelfareservizi.it

Sul sito è possibile consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate ed accedere all'area riservata per usufruire di tutti i servizi on line.

Per accedere all'area riservata è necessario utilizzare Codice e Password riservati ed unici, che l'Assicurato riceverà al proprio indirizzo di posta elettronica con il kit di benvenuto.

All'interno del sito www.postewelfareservizi.it è disponibile un Video Tutorial che potrà guidare l'assistito nell'utilizzo di tutte le funzioni disponibili nell'area riservata.

COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI PREVISTE IN POLIZZA

Strutture convenzionate del Network Poste Protezione

Grazie al Network Poste Protezione l'assistito ha a disposizione un circuito di Strutture sanitarie private convenzionate. Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Utilizzando le Strutture convenzionate, l'assistito non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) poiché il pagamento della prestazione viene effettuato direttamente da Poste Assicura alla Struttura convenzionata.

Si potranno ricercare le Strutture e/o i medici convenzionati attraverso la funzione presente in Area Riservata (qualora il medico non fosse convenzionato è possibile anticipare il pagamento delle spese e chiederne successivo rimborso).

Una volta prenotata la prestazione presso la struttura convenzionata, per fruire di questa modalità l'assistito ha due diverse scelte:

1. Richiedere la presa in carico della prestazione direttamente dalla sua Area Riservata

Dopo aver preso appuntamento con la struttura per la prestazione, dovrà entrare nella sua Area Riservata (www.postewelfareservizi.it) ed inserire la richiesta per la presa in carico diretta della prestazione, allegando la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico ed ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria ai fini dell'autorizzazione, come indicato sulle Condizioni Generali di Assicurazione (che dovranno essere sempre preventivamente consultate).

È importante ricordare che la richiesta deve essere inserita **almeno 3 gg lavorativi prima** della data di prenotazione della prestazione concordata con la struttura per consentire alla Centrale Operativa di valutare la documentazione e autorizzare la prestazione.

In questo caso l'assistito dovrà far sapere alla Struttura se procederà autonomamente con la richiesta di autorizzazione tramite la sua Area Riservata.

2. Far richiedere la presa in carico alla Struttura

Dopo aver preso appuntamento per la prestazione, l'assistito dovrà comunicare alla struttura il suo codice di posizione e consegnare alla stessa la prescrizione medica indicante diagnosi/quesito diagnostico ed ogni altra documentazione o specifica informazione necessaria ai fini dell'autorizzazione, come indicato sulle Condizioni Generali di Assicurazione (che dovranno essere sempre preventivamente consultate), affinché la struttura possa procedere alla richiesta di autorizzazione per la prestazione;

La richiesta deve essere inserita dalla struttura **almeno 3 gg lavorativi prima** della data di prenotazione della prestazione concordata.

Qualora fosse la struttura ad inviare la richiesta, ma non fosse in possesso della prescrizione, l'assistito riceverà una e-mail che lo inviterà a caricare la documentazione necessaria direttamente tramite il sito www.postewelfareservizi.it.

La Centrale Operativa, una volta ricevuta la richiesta di presa in carico, entro 48 h dalla ricezione della documentazione completa, esperiti i necessari controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione della richiesta (verifica dell'assistenza, analisi di pertinenza della prestazione richiesta rispetto alla diagnosi di patologia accertata o presunta, capienza di massimale ecc.).

L'analisi della documentazione ricevuta può dar luogo a:

- **negazione della Richiesta di Presa in carico:** la Centrale Operativa, in caso di prestazione non autorizzabile comunicherà all'assistito la mancata presa in carico con una mail;
- **accettazione della Richiesta di Presa in carico:** la Centrale Operativa, in caso di esito positivo, invierà una mail all'assistito e autorizzerà la Struttura Sanitaria ad erogare la prestazione con il servizio di pagamento diretto, indicando le spese rimaste a carico dell'assistito in ottemperanza a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione. In nessun caso l'autorizzazione potrà ritenersi vincolante rispetto al successivo rimborso che potrà avvenire solo a seguito di ricezione della documentazione completa da parte della Struttura Sanitaria e della sua valutazione. Nel caso si verifichi nel corso dell'accertamento/ricovero autorizzato la necessità di effettuare una prestazione diversa rispetto a quella autorizzata, l'assistito dovrà, per mezzo della Struttura sanitaria, chiedere rettifica della Presa in Carico che sarà oggetto di nuova autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

Di seguito la documentazione che dovrà essere caricata all'interno dell'area riservata o consegnata alla struttura:

- **In caso di malattia:** la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.
- **In caso di infortunio:** verbale del Pronto Soccorso o autodichiarazione contenente la data e le circostanze dettagliate che hanno causato l'evento traumatico e/o la lesione, oltre alla prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- **Altra documentazione medica.**

Quando l'assistito si recherà presso la struttura dovrà comunicare direttamente all'operatore:

- Di essere un assicurato del Network **Poste Protezione**
- Polizza Collettiva Poste Assicura **Università di Milano**
- Numero dell'autorizzazione ricevuta che la struttura potrà trovare all'interno del portale nella sezione Autorizzazione di Poste Assicura Collettive
- Codice di adesione (codice di posizione): codice utilizzato per l'accesso all'area riservata

L'assistito dovrà sostenere direttamente solo le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalle condizioni di polizza), e dovrà firmare la Dichiarazione di Responsabilità alla Struttura Sanitaria. In assenza di quest'ultima non sarà possibile effettuare le prestazioni in forma diretta.

Nel caso di erogazione di prestazioni non oggetto di autorizzazione, le stesse verranno saldate direttamente dall'Assistito che si riterrà obbligato in solido nei confronti della struttura sanitaria.

Importante: l'Assicurato deve necessariamente aver già contattato la struttura prima di richiedere l'autorizzazione.

Non sono mai autorizzabili in forma diretta le spese pre-ricovero.

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 del Network PosteProtezione. 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".

Utilizzo di una struttura non convenzionata

Il Piano sanitario prevede anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie non convenzionate, private o pubbliche, in questo caso, il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Al termine delle prestazioni e/o a guarigione clinica avvenuta, l'assistito dovrà inviare la richiesta di rimborso a Poste Assicura, utilizzando la specifica funzionalità predisposta all'interno dell'area riservata (Web), un canale di contatto diretto con la Compagnia sicuro ed efficiente.

La corretta compilazione Web della richiesta di rimborso necessita di informazioni relative a documentazione di spesa e/o di indennità di ricovero con relativa certificazione allegata (cartella clinica, prescrizione, etc.).

Si dovrà fornire a Poste Assicura la seguente documentazione:

- Copia digitale (PDF, JPG) delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate
- Copia digitale (PDF, JPG) della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi.

DOCUMENTI A CORREDO DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

Premesso che ogni patologia o infortunio genera un sinistro distinto, si intende completa una richiesta di rimborso che contenga:

- Documentazione di spesa
- Certificazioni mediche
- In caso le spese siano riferite ad infortunio: verbale del pronto soccorso o, in caso di mancato accesso, autocertificazione attestante la data e la dinamica dell'evento
- Eventuale distinta di liquidazione del Fondo che opera a primo rischio

N.B. i documenti delle spese sostenute all'estero devono essere accompagnati dalla traduzione completa delle voci elencate.

INDENNITA' SOSTITUTIVA (anche GIC)

- Cartella clinica completa di diario clinico e lettera di dimissioni
- Eventuale distinta di liquidazione del Fondo che opera a primo rischio

ALTA SPECIALIZZAZIONE (elenco delle prestazioni presenti in quadro sinottico)

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la visita è stata effettuata

CURE ONCOLOGICHE

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la visita è stata effettuata

VISITE SPECIALISTICHE

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la visita è stata effettuata

CURE ODONTOIATRICHE (previste solo in forma diretta)

- Fattura di spesa contenente il dettaglio delle prestazioni fatturate
- Diario clinico completo o piano di cure redatto dal medico che ha effettuato le cure indicanti gli elementi dentari interessati alle cure

PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa di patologia e/o referto indicante la patologia per cui la protesi è stata effettuata

STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

- Documentazione medica completa attestante l'incapacità di compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.

PACCHETTO MATERNITA'

- Fatture relative ai costi sostenuti per le prestazioni
- Prescrizione medica completa indicante lo stato di gravidanza

Pacchetti Prevenzione (elenco delle prestazioni presenti in quadro sinottico)

Prestazioni fruibili esclusivamente in forma diretta, presso le strutture convenzionate con il Network Poste Protezione, previa autorizzazione della Centrale Autorizzativa, in un'unica soluzione, una volta l'anno per assicurato.

QUADRO SINOTTICO

Tutte le spese indicate sotto i paragrafi, si intendono comprese fino a concorrenza dell'importo di riferimento, salvo ove espressamente indicato un limite.
 Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura.
 Le presenti garanzie si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Il presente manuale esemplificativo non ha valenza contrattuale, fare sempre riferimento alle condizioni di polizza.

Descrizione Garanzia	Massimale	Scoperti e franchigie
<p>B.1 Diaria da Ricovero</p> <p>Ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica entro i 90 giorni post dimissione</p>	<p>€100 con il max di 90 gg</p> <p>€150 in caso di Grande Intervento Chirurgico</p> <p>€10.000</p>	<p>Scoperto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In rete: rimborso al 100% • Fuori rete: scoperto del 30%
<p>B.2 Alta Specializzazione</p> <p>(Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia e sleep endoscopy, colonscopia, gastroscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, MOC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistolografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue e colon con mezzo di contrasto, scialografia, splenoportografia, urografia, vesciculodeferentografia, videoangiografia, wirsunggrafia, elettroencefalogramma, elettromiografia). Si intendono comprese in garanzia l'estrazione (es. polipectomia) e la biopsia effettuate a seguito di uno degli esami sopra elencati.</p> <p>in caso di Cure Oncologiche</p>	<p>€10.000</p> <p>€ 20.000</p>	<p>Scoperto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In rete: scoperto del 10% con il minimo di €50 per accertamento e/o ciclo di cura • Fuori rete: scoperto del 15% con il minimo di €75 per accertamento e/o ciclo di cura • Ticket: rimborso al 100% <p>Scoperto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In rete: scoperto del 10% con il minimo di €50 per accertamento e/o ciclo di cura • Fuori rete: scoperto del 15% con il minimo di €75 per accertamento e/o ciclo di cura • Ticket: rimborso al 100%

B.3 Visite specialistiche	€ 5.000	<u>Scoperto:</u> <ul style="list-style-type: none"> • In rete: franchigia €40 per accertamento • Fuori rete: scoperto 20% con il minimo di €70 • Ticket: rimborso al 100%
B.4 Prestazioni odontoiatriche (solo in rete)	€ 550	<u>Scoperto:</u> 10% per fattura
B.5 Pacchetto prevenzione: Prevenzione dentistica (<i>visita specialistica e una igiene orale completa</i>) Prevenzione (solo in rete) Per tutti: 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). Solo per le donne Visita ginecologica + pap test; Visita Cardiologica + ECG da sforzo o in alternativa ECG a riposo; mammografia o in alternativa ecografia mammaria a scelta dell'assicurata; Visita dermatologica per controllo nei. Solo per gli uomini: PSA -specifico anti-gene prostatico; visita urologica; Visita Cardiologica + ECG da sforzo o in alternativa ECG a riposo; visita dermatologica per controllo nei.	1 volta / anno 1 volta / anno	
B.6 Protesi ortopediche e acustiche	€ 2.000	<ul style="list-style-type: none"> • Scoperto 20% e minimo non indennizzabile di €70 per fattura
B.7 Garanzia per stati di non autosufficienza	€ 1.000 per assicurato per ciascun mese di permanenza dello stato di non autosufficienza documentata (frazionabile in giorni).	Rimborso al 100%
B.8 Pacchetto Maternità Prestazioni, fruibili in rete e fuori rete, relative allo stato di gravidanza: ecografie di controllo, bitest/ translucenza nucale, test del DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, una visita ginecologica di controllo dopo il parto.	€1.500	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuno scoperto/franchigia • Ticket: rimborso al 100%
B.9 Consulenza organizzativa socioassistenziale	Si fa riferimento a quanto previsto dall'articolo B.9	

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Personale (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico, dirigenti, ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) e assegnisti/e nonché dottorandi/e e specializzandi/e con borsa dell'Associato Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).

Il personale tecnico amministrativo e bibliotecario (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico), dirigenti e il personale docente e ricercatore (ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) dell'Associato Università degli Studi di Milano, potrà prevedere l'adesione dei propri famigliari, come da stato di famiglia: il/la coniuge o il/la convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia (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).

- OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

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

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

B.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia e sleep endoscopy, colonscopia, gastroscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, MOC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, 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, vesciculodeferentografia, videoangiografia, wirsunggrafia, elettroencefalogramma, elettromiografia.

- Strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato/a) con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 50 per accertamento e/o ciclo di terapia.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 15% con il minimo di € 75 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 intendono comprese in garanzia l'estrazione (es. polipectomia) e la biopsia effettuate a seguito di uno degli esami sopra elencati.

Massimale annuo assicurato: € **10.000,00**, elevato a € **20.000,00** per cure oncologiche.

B.3 VISITE SPECIALISTICHE

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

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di una franchigia di € 40 per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 70 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € 5.000.

B.4 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Sono comprese tutte le spese per cure dentarie e ortodontiche, tra cui, a titolo esemplificativo, le terapie conservative e le spese per le protesi ed estrazioni nonché gli accertamenti odontoiatrici propedeutici a tali prestazioni.

È possibile fruire delle prestazioni esclusivamente presso strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato/a) con applicazione di uno **scoperto del 10%** per fattura, che rimarrà a carico dell'Assicurato/a.

Massimale annuo assicurato: **€ 550**

B.5 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/a) 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 o in alternativa ECG a riposo;
- mammografia o in alternativa ecografia mammaria a scelta dell'Assicurata;
- Visita dermatologica per controllo nei.

Prestazioni previste per gli uomini, 1 volta / anno:

- PSA (specifico antigene prostatico);
- visita urologica;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo o in alternativa ECG a riposo;
- 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.**

È anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.

B.6 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Protesi ortopediche e acustiche, ivi compresi apparecchi acustici, con applicazione di scoperto 20% e minimo non indennizzabile di € 70 per fattura.

Massimale annuo assicurato € 2.000.

B.7 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 tali forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi 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 € 1.000,00 per assicurato/a per ciascun mese di permanenza dello stato di non autosufficienza documentata (frazionabile in giorni).**

B.8 PACCHETTO MATERNITA'

Prestazioni, fruibili in rete e fuori rete, relative allo stato di gravidanza: ecografie di controllo, bitest/ translucenza nucale, test del DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, una visita ginecologica di controllo dopo il parto.

- Nessuno scoperto/franchigia.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato € 1.500.

B.9 CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio-Assistenziale all'Assicurato/a 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 mette a disposizione una centrale operativa, attivabile attraverso l'indirizzo e-mail infounimi@postewelfareservizi.it, alla quale l'assicurato o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La mail di richiesta dovrà avere come oggetto: UNIMI-CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE.

Il corpo della mail dovrà contenere: nome e cognome dell'assicurato, codice fiscale e un recapito telefonico.

A seguito della ricezione della mail, l'assicurato sarà contattato per l'attivazione del servizio.

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/a 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/a in questa condizione.

ALLEGATO A

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per 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. Cistoprostatovescicolectomia
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. Vulvectomy 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 megauretere 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 1

COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

NUMERO PREVENTIVATO BENEFICIARI DI POLIZZA

risultante al 13.04.2022:

Personale (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico, dirigenti, ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) e **assegnisti/e nonché dottorandi/e e specializzandi/e con borsa dell'Associato Università degli Studi di Milano.**

Il numero **preventivato** di soggetti beneficiari di polizza è pari a **3.909 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 amministrativo e bibliotecario e personale docente e ricercatore **(3039 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 € 60.000,01 a € 100.000,00, di cui:

- Personale tecnico amministrativo e bibliotecario e personale docente e ricercatore **(870 unità)**

TOT. preventivato soggetti beneficiariSOMMANO (3.909 unità)

Sono, inoltre, soggetti beneficiari di polizza mediante adesione facoltativa le seguenti categorie di collaboratori (**tali unità 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 € 100.000,01 **(330 unità)**

D) Assicurati mediante adesione facoltativa appartenenti alle categorie di:

- Assegnisti/e **(735 unità)**
- Dottorandi/e con borsa dell'Ateneo **(1096 unità)**
- Specializzandi/e con borsa dell'Ateneo **(2868 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

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara

Il personale tecnico amministrativo e bibliotecario (PTAB a tempo determinato e indeterminato, personale collaboratore esperto linguistico), **dirigenti e il personale docente e ricercatore** (ricercatori/ricercatrici, professori/professoressse associati/e e ordinari/e) **dell'Associato Università degli Studi di Milano, potrà prevedere l'adesione dei propri famigliari, come da stato di famiglia: il/la coniuge o il/la convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia** (come da definizione di pag. 2).

I famigliari - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle seguenti condizioni tecniche ed economiche (fisse e non ribassabili):

premio annuo lordo pro-capite aggiuntivo per i famigliari:

- **€ 0 (gratuiti)** per figli fino al compimento del 10° anno di età (in caso di compimento dei 10 anni in corso d'anno, il premio sarà pagato a partire dall'annualità successiva);
- **€ 350** un famigliare (coniuge/convivente more uxorio o figlio/a);
- **€ 550** per il nucleo famigliare (due o più famigliari).

Indipendentemente dal numero di famigliari inseriti, al nucleo si applicheranno i medesimi massimali del titolare di polizza.

ESEMPI

Nucleo 1: 1 figlio fino ai 10 anni:

- ✓ massimali individuali pari a quelli del titolare di polizza;
- ✓ premio pagato 0 euro.

Nucleo 2: coniuge:

- ✓ massimali individuali pari a quelli del titolare di polizza;
- ✓ premio pagato 350 euro.

Nucleo 2: 1 figlio fino ai 10 anni + Coniuge o 1 figlio sopra ai 10 anni

- ✓ massimali per nucleo pari a quelli del titolare di polizza;
- ✓ Premio pagato 350 euro.

Nucleo 3: coniuge + 2 figli sopra i 10 anni

- ✓ massimali per nucleo pari a quelli del titolare di polizza;
- ✓ Premio pagato 550 euro.

Nucleo 4: 1 figlio sotto i 10 anni + 1 figlio sopra i 10 anni + coniuge

- ✓ massimali per nucleo pari a quelli del titolare di polizza;
- ✓ Premio pagato 550 euro