

POLIZZA RS.MO
Rimborso Spese Mediche e Ospedaliere

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

FRONTESPIZIO

CIG 660551536B

CONTRAENTE

IL FONDO SANITARIO CASSA PREVILINE ASSISTANCE

Via Andrea Ponti 8/10 - 20143 Milano

ASSOCIATO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Via Festa del Perdono, 7 - 20122 MILANO CODICE FISCALE N.80012650158

e

SOCIETA' ASSICURATRICE

UNISALUTE S.p.A.

Via Larga 8, 40138 Bologna

PARTITA I.V.A.N. 03843680376

DECORRENZA DEL CONTRATTO: ore 00 del 01/10/2016

SCADENZA PRIMA RATA: ore 00 del 01/10/2017

SCADENZA DEL CONTRATTO: ore 00 del 01/10/2019

Agenzia 4083 Ramo 194 N. polizza 40014005

Tra Unisalute S.p.A. in seguito denominata "Società" e Cassa Previline Assistance con sede in Milano, via Andrea Ponti n° 8/10, C.A.P. 20143, codice fiscale 97149130151 in seguito denominata "Contraente", viene stipulato il seguente contratto di assicurazione avente effetto alle ore 00.00 del 01/10/2016, scadenza prima rata 01/10/2017 e scadenza polizza alle ore 00.00 del 01/10/2019, a frazionamento annuale.

N° Titolari assicurati: 3308

N° Coniugi/con viventi assicurati: 123 N° Figli assicurati: 135

Premio rata contante

Premio imponibile € 894.313,17 Imposte € 22.357,83

Totale rata contante € 916.671,00

Premio rata successiva

Premio imponibile € 894.313,17 Imposte € 22.357,83

Totale rata successiva € 916.671,00

Il presente Piano Sanitario viene stipulato in esecuzione degli impegni assunti in sede di partecipazione alla Gara a procedura aperta per l'affidamento di un servizio assicurativo per il rimborso di spese mediche sostenute dal personale dell'Università degli studi di Milano, CIG 660551536B.

Si emette la presente polizza con specifico riferimento ai seguenti documenti:

- Scheda di Offerta Tecnica;
- Scheda di Offerta Economica;
- Risposte ai quesiti relative alla Procedura aperta per l'affidamento dei servizi assicurativi polizza rimborso spese mediche

da intendersi integralmente richiamati e parti integranti e sostanziali della presente polizza.

Tracciabilità dei flussi finanziari -clausola risolutiva espressa

in ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto di assicurazione si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

La Contraente dichiara:

- di avere ricevuto l'informativa privacy di cui all'articolo 13 del D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, di impegnarsi a consegnarne loro una copia.
- I mezzi di pagamento consentiti dall'impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Capitolato d'Appalto Integrato - CIG 6605515368

Durata del contratto

Tre anni dalla data di attivazione

Con scadenze dei periodi di assicurazione annuali successivi al primo

Per i contenuti delle prestazioni e delle condizioni generali, si richiamano integralmente nel presente "Capitolato d'Appalto Integrato - CIG 6605515368" il "Disciplinare", il "Capitolato d'Appalto - CIG 6605515368" - l'offerta tecnica ed economica presentate da UniSalute, oltre che i riscontri ai chiarimenti richiesti da quest'ultima e dagli altri partecipanti, da intendersi tutti parti integranti e sostanziali del presente documento.

Definizioni dei termini utilizzati nel presente capitolato

Assicurazione: Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente: Il Fondo Sanitario {CASSA PREVILINE ASSISTANCE - Via Andrea Ponti 8/10 - 20143 Milano), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

Associato: L'Università degli Studi di Milano.

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) dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).
- Relativo nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico (si veda Allegato 2).

Società: UNISALUTE S.P.A. - Compagnia di Assicurazioni.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

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.

Difetto fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di i organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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.

Struttura sanitaria convenzionata (Centri Convenzionati): Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurgi, con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

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.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

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.

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.

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

E' 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 erogate. '

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).

Sinistro

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

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 esso comunque connesse.

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.

Scoperto

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

Somma garantita

L'importo stabilito, negli specifici articoli di polizza relativi alla garanzia B.9 - Garanzia per stati di non autosufficienza, che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Massimale mensile

L'importo stabilito, negli specifici articoli di polizza relativi alla garanzia B.9 - Garanzia t per stati di non autosufficienza, che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

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.

Broker

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

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 ai Decreti 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 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo.

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

Si precisa che unicamente per i Soggetti Beneficiari (Allegato 2) ad adesione facoltativa (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 da Equitalia Spa in ottemperanza al

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 di anni tre, con decorrenza dalla data di attivazione della copertura assicurativa.

Tuttavia alla Società è concessa la facoltà di rescindere il contratto alla scadenza del secondo anno di garanzia, con lettera raccomandata da inviarsi 120 giorni prima suddetta scadenza.

A.2.1 Nuovi soggetti beneficiari

Potranno entrare in corso di vigenza contrattuale il Personale di nuova assunzione e nuovi Soggetti intervenuti per modifica dello stato di famiglia, 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 e C 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 a quello corrente, 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 e C 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 suddetti 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 risultante dal ribasso percentuale sull'importo lordo 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 o ad una modifica dello stato di famiglia dell'Assicurato, 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'Ateneo, a mezzo posta elettronica alla Contraente, per tramite del Broker.

- Nel caso di nuova assunzione o di una modifica dello stato di famiglia, la garanzia decorrerà dalle ore 00:00 della data di comunicazione.

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 (ad es. per pensionamento) la relativa comunicazione di cessazione dovrà essere effettuata entro 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa.

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 società 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. La Società si impegna a fornire con cadenza annuale, entro il trentesimo giorno successivo ad ogni scadenza annuale di polizza un'informativa circa la quantificazione dei sinistri denunciati, corredata dai seguenti dati minimi: numero di sinistro, data di accadimento, tipologia di avvenimento, importo pagato, importo riservato, importo franchigia, data del pagamento o della chiusura senza seguito.

A.5 Clausola Broker

Resta inteso tra le Parti che al Broker di cui la Contraente 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 dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/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/Contraente.

A.6 Tracciabilità 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 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 c.c. e dell'art. 3, c. 8 della medesima 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 Invio 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 inadempienza di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

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

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

Le società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

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

A.14 Servizi aggiuntivi

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

- fornire un call center ed un indirizzo email dedicato;
- invio delle pratiche fuori convenzionamento in formato elettronico, senza ulteriore invio dei documenti in originale (anche cartaceo)
- portale on-line dedicato alla gestione delle pratiche, fatta salva la possibilità di utilizzare -a richiesta della Stazione appaltante e con assenso della Società- il portale gestito dal Broker.

SEZ.B - 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) dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).

Viene inoltre garantita la facoltà di estendere la presente assicurazione al nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli, questi ultimi 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).

B.2 Alta Specializzazione

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

- 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 € 30,00 per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 10% con il minimo di € 50,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: € **700.000,00** per assicurato.

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 € 35,00 per accertamento.

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

Massimale annuo assicurato: € **700.000,00** per assicurato.

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.

- A) 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.
- B) Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo di € 70,00 per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%

Massimale annuo assicurato: € **250,00** 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 € 100,00 per assicurato.

Applicazione di una franchigia di € 0,00 per singola fattura (nessuna franchigia).

B.6 Prestazioni Odontoiatriche

Comprende:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.
- 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 effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Strutture sanitarie convenzionate: applicazione di uno scoperto del 0%. (nessuno scoperto applicato)
- Struttura non convenzionata con la Società: applicazione di uno scoperto del 30%.

Massimale annuo assicurato: € 200,00 per assicurato

- Ticket rimborsati al 100%.

B.7 Pacchetto Prevenzione

PREVENZIONE DENTISTICA (In un'unica soluzione* e solo in centri convenzionati) 1 volta l'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)I

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 l'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 (PIT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).

Prestazioni previste per le donne, 1 volta l'anno: pap test, ECG da sforzo, mammografia

Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, 1 volta l'anno: Ecotomografia addome completo, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia, M.O.C.

Prestazioni previste per gli uomini, 1 volta l'anno: PSA (specifico antigene prostatico), visita urologica e ECG da sforzo.

Prestazioni previste per gli uomini con età superiore ad anni 55, 1 volta l'anno: Ecotomografia addome completo, Rx torace, Ecodoppler venoso arti inferiori, Ecocardiografia

* 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 € 70,00 per fattura.

Massimale annuo assicurato € 700.000,00 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. 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 mensile della garanzia, nel caso in cui l'assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", corrisponde a € 2.000,00 per assicurato.

B.10 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 paraodontopatie, 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 a interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- 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 dello stesso Assicurato.

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 del 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 echinococcosi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino

Chirurgia cardiovascolare

24. Interventi sul cuore per via toracotomia
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
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 esofago plastica
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 echinococcosi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Interventi 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 I
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 fi
61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni f
63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei I
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 dal momento della nascita)

65. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
66. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
67. Correzione chirurgica di megauretere congenito

ALLEGATO 1

COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

NUMERO PREVENTIVATO BENEFICIARI DI POLIZZA risultante al 31/12/2015:

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

Il numero preventivato di Soggetti Beneficiari di polizza è pari a 3.680 unità (1.930 + 1.119 + 12 + 619), parametro utilizzato per il calcolo del premio di Gara in sede di Offerta economica, ed è così calcolato:

- A) Assicurati di polizza, con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica - CU, fino a € 60.000,00, di cui:
 - Personale Tecnico e Amministrativo (1.930 unità);
 - Personale Docente (1.119 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) con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica - CU, da € 60.001,00 a € 100.000,00, di cui:
 - Personale Tecnico e Amministrativo (12 unità);
 - Personale Docente (619 unità);
- C) Per i Soggetti con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica- CU, da € 100.001,00 l'adesione sarà facoltativa. Tali Unità non saranno conteggiate nel numero preventivato di Beneficiari, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di Offerta economica. Nel caso di adesione verranno a tutti gli effetti considerati Soggetti Beneficiari di polizza, alle medesime condizioni tecniche ed economiche dei Soggetti di cui al punto A) e B). Nello specifico trattasi di:
 - Direttore Generale (1 unità);
 - Personale Docente (222 unità).

Premio annuo lordo: € 255,75

ALLEGATO 2

Copertura assicurativa rimborso spese mediche

Piano ad adesione facoltativa

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara.

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

IL CONIUGE, IL CONVIVENTE MORE UXORIO E I FIGLI. SI INTENDONO ALTRESI COMPRESI I FIGLI NON CONVIVENTI PURCHE' FISCALMENTE A CARICO.

Premio annuo lordo aggiuntivo per il coniuge/convivente more uxorio: € 300,00 Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: € 250,00

I massimali del piano rimarranno per persona.