POLIZZA RSMO

Rimborso Spese Mediche Ospedaliere

CONTRAENTE

IL FONDO SANITARIO
.....

ASSOCIATO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

Strada Nuova, 65 - 27100 PAVIA

CODICE FISCALE N. 80007270186

PARTITA I.V.A. N. 00462870189

e

SOCIETA' ASSICURATRICE

.....

CODICE FISCALE N.

PARTITA I.V.A. N.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del: 31.03.2016

Alle ore 24.00 del: 31.03.2017

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 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.

Associato L'Università degli Studi di Pavia.

Assicurato/Beneficiario Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione (personale tecnico-amministrativo a tempo determinato e indeterminato; collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia.

Società 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 dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non 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 suoi 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

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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.

Sinistro

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero 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.

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 al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 della Cassa di assistenza sanitaria che la Compagnia dovrà garantire e con la quale l'Università degli Studi di Pavia aderente al Gruppo d'acquisto dovrà stipulare apposito accordo.

Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti in Convenzione.

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 se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società, la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

A.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO 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.

A.3 PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali corrisponde ad €..... per ogni Assicurato/Beneficiario.

Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base di un numero a preventivo di n. 900 Assicurati/Beneficiari ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno.

Le inclusioni di assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società.

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 Spettabile Contraente, per tramite del broker.

- Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 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 risoluzione del rapporto di lavoro la garanzia scadrà dalle ore 00 della data di comunicazione.

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 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente/Associato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato salvo il pagamento dei premi che verrà effettuato direttamente dal Contraente/Associato alla Società.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

A.5 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 12 agosto 2010 n. 136 e ss.mm.ii.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire - salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione Appaltante. Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art.3 della citata legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

A.6 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha durata di anni uno con decorrenza dalle ore 24,00 del 31.03.2016 e scadenza alle ore 24,00 del 31.03.2017, senza tacita proroga.

Il Contraente si riserva la facoltà, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs 163/2006 ss.mm. e ii., di rinnovare il contratto per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto. Tale determinazione dovrà essere comunicata alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

E' inoltre facoltà del Contraente/Associato, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la cessazione della garanzia, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio pagato, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza. Il Contraente s'impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 90 giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

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 Pavia.

A.10 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

A.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà espresso riferimento alle norme dettate dal Codice civile e dalle leggi in materia.

A.12 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

A.13 COASSICURAZIONE

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di 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 o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione 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.

SEZ. - B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo (a tempo determinato e indeterminato); collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia) dell'Associato.

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 **elencoallegato A).**

B.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, 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, vesciculodeferentografia, 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 € 35,00 per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 15% con il minimo di € 60,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 8.000,00** per assicurato, elevato a **€ 10.000,00** 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 € 35,00 per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 60,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€500,00** 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, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di scoperti e franchigie.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% 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: **€350,00** per assicurato

B.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE(SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)

Comprende:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.
 - applicazione di uno scoperto del 20%
 - Ticket rimborsati al 100%.

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

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

Massimale annuo assicurato: **€350,00** per assicurato

B.6 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 **€ 1.000,00** per assicurato.

B.7 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 € 50,00 per singola fattura.

B.8 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 **€ 500,00** per assicurato.

B.9 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.

B.10 PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, una volta l'anno per ciascun assicurato.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Elenco esami validi per tutti gli assicurati: alaninaamino transferasi ALT, aspartatoAmino transferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).

Prestazioni previste per gli uomini: PSA (specifico antigene prostatico), ECG, rx torace (per l'rx torace viene richiesta la prescrizione medica).

Prestazioni previste per le donne: pap test, esame mammografico (per l'esame mammografico viene richiesta la prescrizione medica), ECG.

Prestazione prevista per gli uomini e per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento del cinquantacinquesimo anno d'età: ecodoppler arti inferiori.

SEZ. - C – LIMITAZIONI

C.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

La Società, tramite accordi internazionali, può offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di strutture convenzionate anche all'estero, ottenendo così il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato), previa autorizzazione della centrale operativa.

C.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati, l'assicurazione non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza)
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura 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 Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'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 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 echinococcosi 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. Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- 58. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- 59. Interventi per costola cervicale
- 60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
- 61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
- 62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- 63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- 64. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- 69. Tutti

ALLEGATO 1

COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA

Ferme le condizioni dell'offerta tecnica proposta in Gara.

FAMILIARI DEL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO 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: € 400

Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: € 330

I massimali del piano rimarranno per persona.

DOCENTI E RELATIVI FAMILIARI DA STATO DI FAMIGLIA, IL CONVIVENTE MORE UXORIO E I FIGLI. SI INTENDONO ALTRESI' COMPRESI I FIGLI NON CONVIVENTI PURCHE' FISCALMENTE A CARICO

numero Docenti: 944 (compreso il personale a tempo determinato)

Premio annuo lordo per Docente: +60% del premio annuo lordo offerto in gara per il personale Tecnico Amministrativo

Soglia minima all'attivazione della copertura del 25% del potenziali aderenti (n. 236 aderenti).

Premio annuo lordo aggiuntivo per il coniuge/convivente more uxorio: € 400

Premio annuo lordo aggiuntivo per ciascun figlio: € 330

I massimali del piano rimarranno per persona.

Soglia minima all'attivazione della copertura dei familiari del 25% degli aderenti.