



**PROSPETTO DELLE POLIZZE ASSICURATIVE
STIPULATE A FAVORE DEGLI BORSISTI STRANIERI
DAL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE -
DIREZIONE GENERALE SISTEMA PAESE**

*Il presente estratto è finalizzato alla illustrazione delle principali caratteristiche delle polizze Infortuni n. 2106.31.300607 e Rimborso Spese Mediche n. 2106.30.300022- Società Cattolica di Assicurazioni
Periodo assicurativo 31.12.2016 – 31.12.2017*

Sono assicurati con le polizze suindicate gli Studenti stranieri, italiani residenti all'estero o apolidi di cui alla legge n. 288/1955 e n. 87/1977 che usufruiscono di borse di studio, tirocinio e/o altri sussidi concessi dal Governo Italiano per la partecipazione in Italia a corsi di laurea di perfezionamento, dottorati di ricerca, specializzazione o formazione presso Università ed Istituti specializzati o presso Enti di formazione.

La copertura assicurativa per ciascun Assicurato ha inizio dal momento del suo arrivo in Italia con durata pari a quella relativa alla borsa di studio concessa all'Assicurato stesso e termina quando l'Assicurato lascia il territorio italiano per rientrare nel proprio paese.

Le garanzie sono operanti per gli eventi verificatisi in Italia e nei Paesi nei quali l'Assicurato si rechi per vacanza, corsi di formazione o ricerca, purché autorizzati dal MAECI, inclusi i relativi viaggi di andata e ritorno, esclusi in qualsiasi caso il Paese di origine dell'Assicurato e quello di residenza precedente al periodo della borsa di studio ed i relativi viaggi da/per detti Paesi.

Le coperture assicurative non possono essere stipulate per persone di età superiore a 55 anni.

Rischi Assicurati	Capitali / massimali assicurati pro-capite
Morte da Infortunio professionale o extra-professionale	€ 100.000,00
Invalità Permanente (I.P.) da Infortunio professionale o extra-professionale ; I.P. da Malattia contratta durante il periodo di copertura di ciascun Assicurato e che si manifesti nello stesso periodo o nei 12 mesi successivi	€ 200.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio e Malattia contratta e/o insorta durante il periodo di copertura di ciascun Assicurato	Massimali per sinistro ed anno assicurativo: Ricoveri presso Istituti di cura € 100.000,00 con i seguenti sottolimiti: Day Hospital senza intervento chirurgico euro 50.000,00; Parto cesareo, parto non cesareo ed aborto spontaneo € 5.000,00. Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari € 5.000,00; Rimpatrio salma euro 12.000,00;



PRINCIPALI ESCLUSIONI PRESENTI NEI CONTRATTI ASSICURATIVI:

Infortuni occorsi durante la guida ed uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei. Il rischio Volo in qualità di passeggero è compreso in polizza;

Infortuni e malattie conseguenti a dolo o azioni delittuose dell'Assicurato;

Infortuni subiti sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, fatto salvo se dietro prescrizione medica;

Infortuni conseguenti a stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti in genere;

Infortuni e malattie in conseguenza diretta ed indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

Le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio e/o malattia.

**PROSPETTO RIEPILOGATIVO COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE
DA INFORTUNIO O MALATTIA CONTRATTA E/O INSORTA DURANTE IL PERIODO DI
COPERTURA DI CIASCUN ASSICURATO**

PRESTAZIONI GARANTITE

La Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO ISTITUTI DI CURA.

In caso di ricovero che comporti o meno intervento chirurgico, aborto terapeutico effettuato in istituto di cura o in regime di Day Hospital, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, in caso di prestazioni di primo o pronto soccorso:

1.1 onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese protesi o apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;

1.2 prestazioni mediche ed infermieristiche, cure, esami ed accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;

1.3 rette di degenza;

1.4 esami, accertamenti diagnostici, analisi, visite specialistiche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 gg. precedenti il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

1.5 esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 gg. successivi alla data della dimissione del ricovero purché direttamente conseguenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;

1.6 prestazioni sanitarie durante il ricovero rese necessarie per il prelievo sul donatore di organi o parte di essi nonché i relativi accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. Sono altresì comprese le spese per il trasporto di organi o di parti di essi;

1.7 vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità alberghiera di un accompagnatore dell'Assicurato con un limite di € 65,00 al giorno col massimo di € 650,00 per anno assicurativo;



1.8 trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura e viceversa con qualsiasi mezzo.

In caso di parto cesareo, parto non cesareo ed aborto spontaneo sono garantite le sole prestazioni di cui ai punti suindicati 1.1, 1.2, 1.3 e 1.4 per un massimale di € 5.000,00=.

Anticipo

nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, è previsto il Socrimborso – su domanda dell'Assicurato corredata dalla documentazione necessaria – dell'importo corrisposto a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI/DOMICILIARI

La Società rimborsa le spese mediche sostenute per malattia e/o infortunio garantiti dalle polizze suindicate:

- onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche;
- analisi, accertamenti diagnostici e di laboratorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure, assistenza medica ed infermieristica, apparecchiature ortopediche e sanitarie specializzate;
- cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio;
- spese farmaceutiche, incluse quelle relative alla profilassi ed alla vaccinazione non effettuabili prima dell'inizio del singolo periodo di copertura;
- estrazioni e cure dentarie rese necessarie da malattia, escluse le spese relative alle protesi ed agli apparecchi ortodontici.

PRINCIPALI ESCLUSIONI DELLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Sono escluse dal rimborso le spese mediche relative a:

- stato di gravidanza sostenute in data precedente la data di effetto della presente polizza o del singolo periodo di copertura;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, ad eccezione di quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da malattia o da infortunio;
- agopuntura non effettuata da medico;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie, salvo quanto previsto dalle prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- prestazioni relative alle cure termali.

NOTA INFORMATIVA "PROCEDURA IN CASO DI SINISTRO"

GARANZIA INFORTUNI E I.P. DA MALATTIA

La denuncia dell'infortunio deve essere inoltrata a cura dell'Assicurato o del Contraente alla Aon SpA, broker del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, all'indirizzo riportato in calce, entro 30 giorni dalla data dell'evento utilizzando possibilmente il Modulo allegato. La denuncia del sinistro dovrà contenere, oltre ai dati identificativi dell'Assicurato, l'indicazione del giorno ed ora dell'evento, del luogo dove si è verificato, delle cause che lo hanno determinato e certificazione del Pronto Soccorso o medica similare con diagnosi e prognosi; l'Assicurato dovrà ricorrere alle cure mediche inoltrando le relative certificazioni



La denuncia di sinistro dovrà essere completata, sempre a cura dell'Assicurato, dalla dichiarazione di assegnazione di borsa di studio o di ricerca dell'assicurato contenente i relativi estremi, che saranno verificati dalla Aon Spa presso il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale – Direzione Generale Sistema Paese.

In caso di malattia dell'Assicurato che abbia comportato o che sembri comportare una invalidità permanente garantita ai sensi e termini di polizza, l'Assicurato dovrà inviare entro 60 giorni alla Aon SpA la relativa denuncia scritta completa di certificato medico.

L'Assicurato dovrà poi inviare alla Aon Spa certificazione medica con l'indicazione della prognosi e la descrizione delle cure prestate, nonché, qualora si fosse reso necessario il ricovero ospedaliero, fotocopia della cartella clinica.

Per tutta la durata dell'infortunio e malattia l'Assicurato invierà periodicamente alla Aon SpA certificati medici sul decorso delle lesioni e della patologia adoperandosi che gli stessi abbiano una continuità temporale e, conseguita la guarigione, il certificato di guarigione clinica con indicazione degli eventuali postumi permanenti residuati o, in assenza di tali postumi, la conferma per l'archiviazione della pratica senza seguito.

E' facoltà della Compagnia di richiedere ulteriore documentazione medica ed inoltre di sottoporre l'Assicurato agli accertamenti e controlli medici ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, o quando la morte sopravvenga durante il periodo di cura, la denuncia dovrà essere inoltrata immediatamente per telefax o telegramma. La documentazione necessaria da presentare verrà richiesta successivamente all'apertura del sinistro.

GARANZIA RIMBORSO SPESE SANITARIE

Per ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute per infortunio o per malattia, l'Assicurato deve inviare alla Aon SpA la relativa richiesta scritta al massimo entro 90 giorni dalla data in cui si è concluso il periodo di cura, utilizzando e compilando il Modulo accluso, ed allegando le fatture di spesa quietanzate in originale, le fustelle dei medicinali con i relativi scontrini fiscali rilasciati dalla farmacia, ed ogni altra documentazione di spesa indennizzabile a termini di polizza, completa di diagnosi di malattia e/o infortunio e prescrizione redatta dal medico curante.

Le richieste di rimborso spese mediche a seguito di infortunio devono essere possibilmente accompagnate da certificato di Pronto Soccorso o di analoga struttura o certificazione medica dalla quale risulti una prima diagnosi.

Qualora si fosse reso necessario il ricovero ospedaliero, dovrà essere inviata alla Aon SpA anche la copia conforme all'originale della cartella clinica.

Nota bene: L'Assicurato o chi per esso dovrà inoltre indicare alla AON Spa, che gestirà per conto dello stesso le pratiche di sinistro con la Società assicuratrice, i propri recapiti per eventuali comunicazioni (indirizzo- telefono- telefax- indirizzo mail) affinché la Aon Spa, a ricezione della denuncia, possa dare riscontro ed indicare la documentazione da produrre per il prosieguo della pratica.



*

RIFERIMENTI

Aon S.p.A.

Via Cristoforo Colombo, 149

00147 ROMA

Persona di riferimento:

Massimo Liotti

e-mail :massimo.liotti@aon.it

Telefono +39 06 77276 340 Fax +39 06 77400412

Ufficio Sinistri Employee Benefits