

Qualora insorgesse qualsiasi discrepanza tra la versione inglese e la versione tradotta della brochure, la versione inglese prevarrà sull'altra.

2010 Programma di Assicurazione malattia e infortuni per studenti

ideato per gli studenti della

University of California

DEI

Programmi di Istruzione Internazionale e di Lingua Inglese

sottoscritto da

United States Fire Insurance Company

della Fairmont Specialty, una divisione di Crum & Forster

REQUISITI DI IDONEITÀ

Qualsiasi studente internazionale, professore ospite, borsista o altra persona in possesso di un passaporto o di un visto valido per studenti (per esempio, un visto di tipo F-1, J-1, M-1 o B-1/B-2), temporaneamente residente al di fuori del proprio paese, a cui non è stato riconosciuto alcun permesso di soggiorno permanente durante l'attività didattica condotta a tempo pieno o seguita tramite la propria Università, deve essere coperto dalla presente Polizza assicurativa. L'Università potrà consentire di rinunciare al presente programma a tutti coloro che risultano già essere assicurati tramite altri programmi governativi o avallati dall'ambasciata. Gli studenti facenti parte del Programma Formazione pratica opzionale (Optional Practical Training, OPT) possono essere coperti da tale polizza, a condizione che: 1) l'OPT dello studente sia svolto immediatamente dopo un corso di studi; e 2) l'OPT dello studente abbia una durata inferiore ai 12 mesi. Contattare l'Ufficio Studenti Internazionali per ricevere maggiori informazioni.

Al fine di ricevere la copertura assicurativa prevista dalla presente Polizza, lo studente deve aver versato il premio richiesto e provveduto a inserire il proprio nominativo, numero di matricola e la propria data di nascita nella dichiarazione redatta dall'Università o dall'Agente amministrativo che sarà in seguito inviata all'Assicuratore. Gli studenti devono frequentare i corsi attivamente almeno per i primi 31 giorni del periodo per cui viene acquistata la copertura assicurativa, o per l'intero periodo per cui è valida la copertura, qualunque tra i due risulti inferiore, ad eccezione del caso in cui si verifichi un ritiro per motivi medici.

Gli studenti idonei che si iscrivono al programma assicurativo potranno anche iscrivere persone a carico. Una persona a carico che viene inclusa nella copertura assicurativa deve essere: 1) il/la legale coniuge dello studente che risiede con lo studente; o 2) il/la figlio/a dello studente che è a carico dello stesso per quanto attiene al suo sostentamento e mantenimento ed è di età inferiore ai 19 anni (o ai 25 anni, se si tratta di uno studente a tempo pieno).

In assenza di qualsiasi altro tipo di copertura assicurativa, le persone a carico degli studenti assicurati devono essere registrate entro 31 giorni dalla data di sottoscrizione della polizza, di arrivo negli Stati Uniti, o di rescissione di altra copertura assicurativa. La copertura assicurativa, stipulata dallo studente e in base alla quale è stata decretata l'idoneità delle persone a sua carico, garantendone, pertanto, l'inserimento nel programma assicurativo, non potrà essere, in nessun caso, estesa oltre la data di scadenza della polizza.

Qualora lo studente assicurato abbia un/a figlio/a, il/la bambino/a sarà coperto/a dal programma assicurativo per i primi 31 giorni da: 1) la data di nascita del/la neonato/a; 2) la data effettiva di adozione del/la bambino/a da parte dello studente; o 3) la data in cui il/la bambino/a è stato affidato/a allo studente a fini di adozione. La copertura assicurativa per tale bambino/a comprenderà difetti congeniti diagnosticati da medici, anomalie alla nascita, nascita prematura e assistenza in reparto maternità per il/la neonato/a.

Lo studente titolare della polizza assicurativa avrà il diritto di estendere la copertura al/la bambino/a oltre i 31 giorni sopra citati. Per estendere la copertura assicurativa, lo studente titolare della polizza dovrà, entro e non oltre 31 giorni dalla nascita, adozione o affidamento per adozione: 1) presentare un modulo di iscrizione compilato in ogni sua parte; e 2) versare il premio aggiuntivo richiesto per l'estensione della copertura assicurativa.

Laddove lo studente titolare della polizza non si avvalga di tale diritto, tutta la copertura relativa al/la bambino/a in questione verrà rescissa al termine dei primi 31 giorni a seguito della nascita, adozione o affidamento per adozione del/la bambino/a.

La Compagnia di assicurazioni si arroga il diritto di svolgere indagini in merito allo studente (e persone a carico) e di esaminare i registri delle presenze, al fine di verificare che i requisiti di idoneità previsti dalla polizza siano stati osservati. Nel caso in cui e laddove la Compagnia di assicurazioni scopra che i requisiti di idoneità previsti dalla polizza non sono stati rispettati, le verrà imposta, quale unico obbligo, la restituzione del premio, al netto di qualsiasi risarcimento versato.

DATE DI ENTRATA IN VIGORE E DI RESCISSIONE

La copertura assicurativa entra in vigore alle ore 00:01, qualora siano validi i requisiti di idoneità, alla data che si verifica per ultima tra: 1) la data di entrata in vigore della Polizza (31/12/09); 2) la data di entrata in vigore riferita tra le condizioni contrattuali dall'Università o dall'Amministratore del programma assicurativo; o 3) il giorno immediatamente successivo alla data in cui il premio sia stato incassato per intero e la domanda debitamente compilata sia stata ricevuta dall'Amministratore del programma assicurativo, dall'Università, o dall'agente designato dell'Amministratore del programma assicurativo.

Allo stesso modo, la copertura assicurativa per gli Studenti internazionali e i Borsisti entrerà in vigore alle 00:01 della data in cui l'Assicurato lascerà il proprio paese, o il paese in cui risulta regolarmente domiciliato, qualora:

1. L'Assicurato raggiunga direttamente il programma sponsorizzato dell'Università; e

2. Tale spostamento abbia inizio entro 72 ore dalla data di entrata in vigore della copertura assicurativa prevista per il periodo di validità allora in corso e per il quale è stato versato il premio; e
3. Lo spostamento sia effettuato direttamente dal paese in cui l'Assicurato è regolarmente domiciliato al campus; e
4. Tale spostamento non occupi un lasso di tempo superiore alle 48 ore.

La copertura assicurativa termina alle 00:01 della data che si verifica per prima tra: 1) l'ultimo giorno per il quale è stato versato il premio; 2) la data alla quale l'Assicurato cessa di rientrare nei criteri di idoneità per la presente assicurazione; 3) la data alla quale la copertura assicurativa ai sensi di tale Polizza cessa (31/12/10); 4) l'ultimo giorno del periodo per il quale è stato versato il premio, che è successivo alla data in cui una persona a carico cessa di essere a carico, come descritto nel presente atto; o 5) la data alla quale l'Assicurato si arruola nel servizio militare, in tal caso verrà effettuato un rimborso pro rata a favore di detto Assicurato. I rimborsi dei premi possono essere effettuati unicamente a seguito di arruolamento nel servizio militare.

I requisiti di idoneità devono essere verificati allorché un premio è corrisposto ai fini del rinnovo della copertura assicurativa.

FORNITORI PRIVILEGIATI (PPO)

Si prega di leggere le seguenti informazioni, in modo tale da scoprire da chi o da quale gruppo di fornitori potranno essere ricevuti servizi sanitari.

Il presente programma ha incluso nella copertura assicurativa l'accesso alla rete First Health Network (FHN) di Fornitori privilegiati (PPO). I Fornitori privilegiati sono Medici, Ospedali e altri fornitori di assistenza sanitaria che hanno stipulato dei contratti volti alla fornitura di assistenza medica specifica a prezzo concordato. La polizza riconosce il livello più elevato di copertura assicurativa alla rete FHN PPO. Pertanto, gli Assicurati risparmieranno maggiormente se si avvarranno dei servizi offerti dalla FHN PPO. Una lista non esaustiva dei PPO facenti parte della FHN, ai fini del presente piano assicurativo, è presentata alla pagina successiva.

L'accesso alla rete dà diritto a ricevere indennizzi al 100% in tutto il paese, per quanto attiene alle Spese coperte, sostenute per gli onorari dei PPO per Infortuni o Malattia, quando si ricorre ai fornitori della rete. Gli indennizzi sono corrisposti in tutto il mondo al 50% per le Spese coperte sostenute per gli oneri Usuali, Ragionevoli e Consueti (URC) quando si è assistiti da fornitori non facenti parte della rete, **ad eccezione di trattamenti ricevuti da un fornitore estraneo alla rete per i seguenti servizi che saranno corrisposti al 100% dell'URC, nel caso in cui tali servizi siano stati prestati presso una struttura facente parte della rete: onorari di medici ospedalieri, servizi di radiologia (inclusi oneri ambulatoriali e di radiologia d'urgenza) e oneri per radioterapia.** Inoltre, le Spese coperte sostenute a causa di Emergenze mediche saranno corrisposte al 100% e, qualora non sia disponibile un Fornitore privilegiato nella Sua zona (entro 25 miglia), gli indennizzi verranno corrisposti al 100%, anche in caso di prestazioni sanitarie offerte da un fornitore non PPO. Altrimenti, qualora si faccia ricorso a un fornitore o a una struttura non PPO, esiste una compartecipazione dei costi, nella misura del 50%, che dovrà essere a carico dell'Assicurato. A seguito del defalcamento dello sconto PPO dal conto dell'Ospedale, tutte le spese che superano la corresponsione delle spese coperte saranno addebitate all'Assicurato.

Si prega di osservare che rivolgendosi ad un ambulatorio per le urgenze invece del Pronto Soccorso ospedaliero si possono contenere le spese a carico dell'Assicurato. Gli ambulatori per le urgenze provvedono all'assistenza medica volta al trattamento di Infortuni o Malattie di lieve entità, rivelandosi, pertanto, ideali in caso di bisogno di assistenza tempestiva. Per trovare un ambulatorio per le urgenze, accedere al sito web della FHN e scegliere "Strutture" da Tipo di Fornitore. Quindi, selezionare Ambulatorio per le urgenze nella casella Tipo di Struttura. Inoltre, è disponibile un elenco di ambulatori per le urgenze presso il Centro sanitario studentesco.

Qualunque sia il fornitore, l'Assicurato rimarrà responsabile del versamento della Franchigia a questi spettante; allo stesso modo, gli indennizzi non verranno corrisposti fintanto che la Franchigia non sarà stata pagata.

Un elenco non esaustivo degli Ospedali FHN può essere trovato qui di seguito. Per una lista completa delle strutture Ospedaliere e dei Medici PPO, si prega di telefonare al numero **+1-800-226-5116** o visitare il sito **www.myfirsthealth.com**.

Qualora un Assicurato sia assistito da un Fornitore privilegiato per una patologia acuta, grave, cronica, gravidanza, per il proprio neonato o per una malattia in fase terminale e il Contratto del Fornitore sia rescisso, l'Assicurato potrà risultare ancora idoneo, in virtù di talune condizioni, a continuare il trattamento con quel Fornitore alla tariffa PPO. Contattare il Perito liquidatore per maggiori dettagli.

Si prega di osservare che sebbene l'Assicurato sia assistito presso un Ospedale PPO, non tutti i fornitori attivi in detto Ospedale sono fornitori PPO. Inoltre, qualora un Assistito sia riferito da un fornitore PPO ad un altro fornitore o ad un'altra struttura, il fornitore o la struttura a cui viene inviato l'Assicurato possono essere fornitori non facenti parte della rete PPO.

CENTRO SANITARIO UNIVERSITARIO STUDENTESCO

Si raccomanda agli studenti titolari di una polizza di assicurazione di consultare inizialmente il Centro sanitario universitario studentesco (gli studenti della UCLA devono rivolgersi al Centro medico UCLA) per ricevere assistenza ambulatoriale prima di sostenere spese mediche al di fuori del campus. Si rinuncerà alla Franchigia qualora lo studente titolare di polizza assicurativa utilizzi in primo luogo e/o sia in primo luogo indirizzato dal Centro sanitario universitario studentesco approvato (questo non si applica alle persone a carico).

CERTIFICATO PRE-RICOVERO

Il programma assicurativo prevede un piano di contenimento dei costi, atto a mantenere i costi sanitari al livello più basso possibile, procurando, altresì, i migliori benefici possibili. Questo piano prevede che l'Assicurato e il suo Medico o Ospedale si adoperino per ottenere una pre-certificazione relativa a tutti i ricoveri ospedalieri effettuati dall'Assicurato non in regime di emergenza.

Tutte le degenze ospedaliere devono essere certificate.

L'Assicurato deve informare il proprio Medico della richiesta di certificazione pre-ricovero necessaria per questo piano:

1. La pre-certificazione di tutti i ricoveri ospedalieri in condizione di non emergenza: il paziente, Medico o l'Ospedale devono telefonare al numero +1-800-468-4343 almeno cinque (5) giorni prima del ricovero programmato.
2. Notifica dei ricoveri in regime di emergenza medica: il paziente, il rappresentante del paziente, Medico o Ospedale devono telefonare al numero +1-800-468-4343 entro due (2) giorni lavorativi dal ricovero.

IMPORTANTE: la pre-certificazione non è un garanzia relativa al pagamento dell'indennizzo.

PROGRAMMA DEGLI INDENNIZZI

Indennizzo massimo aggregato

250.000 USD (o come qui di seguito specificato) per ciascun Infortunio o Malattia

Tuttavia, l'Indennizzo massimo aggregato per la perdita sostenuta o contratta in ragione di un'intossicazione dell'Assicurato o di uno stato indotto nell'Assicurato da qualsiasi sostanza controllata (fatto salvo il caso in cui questa sia stata somministrata dietro raccomandazione di un Medico) ammonta a 10.000 USD per ciascun Infortunio o Malattia.

Franchigia

75.00 USD per Malattia o Infortunio per Assicurato

Si rinuncerà alla Franchigia qualora lo studente titolare di polizza assicurativa utilizzi in primo luogo e/o sia in primo luogo inviato presso altra struttura dal Centro sanitario universitario studentesco approvato (gli studenti della UCLA devono rivolgersi al Centro medico UCLA). Questo non si applica alle Persone a carico.

A seguito dell'estinzione della Franchigia, gli indennizzi verranno corrisposti al 100%, qualora si faccia ricorso ad un Fornitore privilegiato (PPO) o al 50% dell'URC, laddove si utilizzi un professionista non facente parte dei Fornitori privilegiati (non-PPO), ad eccezione di quanto è specificato qui di seguito.

Gli indennizzi saranno versati per le Spese coperte per ciascun servizio, come qui di seguito elencato. Le Spese coperte comprendono:

TRATTAMENTO OSPEDALIERO

Vitto e alloggio

fino alla tariffa giornaliera prevista per stanza semi-privata; assistenza infermieristica generale fornita dall'Ospedale

Nel calcolo del numero dei giorni che dovranno

100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO);
50% dell'URC per un non-PPO

essere rimborsati in virtù di tale indennizzo, la data di ricovero sarà conteggiata, ma quella di dimissioni non verrà calcolata.	
Spese ospedaliere varie incluso il costo della sala operatoria, analisi di laboratorio, anestesia, farmaci (ad esclusione dei farmaci che si possono portare a casa) o medicine, servizi terapeutici e forniture	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Servizi radiologici	100% dell'Indennizzo per il PPO; 50% dell'URC per un non-PPO (100% se l'esame è eseguito in una struttura PPO)
Chirurgo in conformità con i dati forniti da Ingenix	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Aiuto chirurgo	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Anestetista	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 100% dell'URC per un non-PPO
Servizi infermieristici comprendono anche assistenza infermieristica privata	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Visite del Medico limitate ad una visita al giorno, non si applica se in relazione a operazione chirurgica	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO (100% se l'esame è eseguito in una struttura PPO)
Assistenza ordinaria infermieristica per maternità e neonati	Indennizzata come qualsiasi altra Malattia; fino a 48 ore dalla nascita (96 ore in caso di parto cesareo)
Malattia mentale grave o Serio disturbo emotivo in un/a bambino/a	Indennizzate come qualsiasi altra Malattia
Disturbi mentali e nervosi incluso il trattamento dell'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti	100% delle spese sostenute fino a 10 giorni di seguito, poi 50% a seguito dei primi 10 giorni fino ad un massimo di altri 35 giorni
SERVIZIO AMBULATORIALE	
Spese di Emergenza medica utilizzo del pronto soccorso e delle forniture dello stesso	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO (100% per gli esami radiologici se eseguiti presso una struttura PPO e 100% per l'onorario del Medico del servizio di emergenza)

Onorario del Chirurgo in conformità con i dati forniti da Ingenix	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Aiuto chirurgo	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Anestetista	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 100% dell'URC per un non-PPO
Spese varie incluse analisi di laboratorio; anestesia; farmaci o medicines; e forniture	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Visite del Medico non si applica se in relazione a operazione chirurgica o a fisioterapia, ma include l'agopuntura	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO (100% per l'onorario del Medico del servizio di emergenza)
Servizi radiologici	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO (100% se l'esame è eseguito in una struttura PPO)
Fisioterapia solo per un disturbo che ha richiesto un'operazione chirurgica o un ricovero ospedaliero: 1) entro i 30 giorni immediatamente precedenti a tale fisioterapia; o 2) entro i 30 giorni immediatamente successivi alle dimissioni firmate dal Medico curante per la riabilitazione	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Servizi di laboratorio	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Radioterapia	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO (100% se l'esame è eseguito in una struttura PPO)
Malattia mentale grave o Serio disturbo emotivo in un/a bambino/a	Indennizzate come qualsiasi altra Malattia
Disturbi mentali e nervosi incluso il trattamento dell'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti	50% delle spese sostenute fino ad un massimo di 1.000 USD per ciascun anno coperto dalla polizza
Farmaci prescritti da medici	50% degli addebiti effettivi

ALTRO

Apparecchiatura medica durevole tariffa per l'affitto o acquisto di tale apparecchiature, qualunque tra i due sia inferiore	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Arco ortodontico e dispositivi una prescrizione scritta deve accompagnare la richiesta di risarcimento, al momento della sua presentazione. L'arco ortodontico e i dispositivi sostitutivi non sono coperti.	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Servizio di trasporto in ambulanza presso l'Ospedale più vicino	100% dell'URC
Trattamento ortodontico quando è reso necessario per Infortuni ai denti	Oneri URC fino a 100 USD per ciascun dente; 500 USD per ogni Infortunio
Gravidanza incluse complicazioni durante la gravidanza	Indennizzate come qualsiasi altra Malattia
Interruzione volontaria di gravidanza	500 USD massimo
Servizi riabilitativi per trattamento Medico Necessario a restituire la funzionalità fisica persa a causa di una Malattia o Infortunio coperti dall'assicurazione; limitati alla logopedia, terapia occupazionale e cardioterapia	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO
Riparazione di occhiali, lenti a contatto o apparecchi acustici quando richiesto come risultato diretto di un Infortunio coperto dall'assicurazione	100% dell'Indennità per il Fornitore privilegiato (PPO); 50% dell'URC per un non-PPO

INDENNIZZI MEDICI AGGIUNTIVI

Gli indennizzi possono essere corrisposti per le seguenti Spese coperte aggiuntive, in virtù delle limitazioni e disposizioni enunciate nella polizza assicurativa: 1) apparecchiature, forniture e formazione per l'autogestione ambulatoriale del diabete; 2) fenilchetonuria (PKU), incluse le formule enteriche e i prodotti alimentari speciali che fanno parte di una dieta prescritta da un Medico; 3) trattamento di Malattia mentale grave; 4) anestesia e diritti della struttura sanitaria per le procedure odontoiatriche in alcune circostanze; 5) prevenzione per i bambini al di sotto dei 16 anni in base alle Raccomandazioni per l'Assistenza sanitaria preventiva pediatrica, adottate dall'American Academy of Pediatrics; 6) mammografie; 7) screening e test di screening generalmente accettati nel mondo medico per tumore della prostata, del colon-retto e della cervicale; 8) screening, diagnosi e trattamento per il tumore alla

mammella; 9) un secondo parere richiesto da un Assicurato o da un Medico; 10) partecipazione al Programma Expanded Alpha Feto Protein (AFP); 11) protesi atte a restituire un metodo di espressione connesso con la laringectomia; 12) diagnosi, trattamento e gestione dell'osteoporosi; 13) prove cliniche per i tumori; 14) test dell'HIV (fino ad un test all'anno della polizza); 15) vaccino contro l'AIDS; 16) chirurgia ricostruttiva in alcune circostanze; 17) servizi medici di telemedicina; 18) farmaci o apparecchi contraccettivi prescritti da un medico (in caso di indennizzo per farmaci prescritti da un medico); 19) trattamento di patologie ascrivibili al dietilstilbestrolo o all'esposizione allo stesso; 20) trattamento chirurgico medico necessario per disturbi che colpiscono direttamente l'osso mandibolare superiore o inferiore o articolazioni ossee associate; e 21) servizi per la maternità, come previsto dal Codice delle Assicurazioni CA sezione 10123.87 (a). Si prega di leggere la Polizza depositata presso l'Università per ottenere maggiori dettagli.

SPESE MEDICHE DI TRASPORTO

Qualora, a seguito di un Infortunio o di Malattia, l'Assicurato venga ricoverato in ospedale, la Compagnia di assicurazioni dovrà provvedere al pagamento del trasporto del paziente nel proprio paese di origine o in una struttura gestita in base alle leggi del suo paese di origine per l'assistenza e il trattamento delle persone ferite o malate, o in qualsiasi altra struttura medica negli Stati Uniti. Tale azione deve essere posta in essere dietro raccomandazione del Perito liquidatore della Polizza e dietro approvazione del Medico curante. La Compagnia di assicurazioni verserà le spese effettivamente sostenute, entro e non oltre il limite di 25.000 USD o l'Indennizzo massimo aggregato previsto dalla Polizza, quale tra i due sia raggiunto per primo. Il trasporto medico nel paese di origine porrà termine a qualsiasi altra copertura assicurativa dovuta ai sensi della Polizza.

SPESE RELATIVE AL RIMPATRIO DELLA SALMA

Qualora un Assicurato deceda durante il periodo di validità della Polizza, la Compagnia di assicurazioni verserà le spese effettive sostenute per la preparazione e il trasporto dei resti mortali dell'Assicurato nel paese di origine o nel paese di domiciliazione. Laddove ciò trovi applicazione, tale azione dovrà essere in conformità con qualsiasi requisito internazionale. La Compagnia di assicurazioni verserà le spese effettivamente sostenute, entro e non oltre il limite di 10.000 USD o l'Indennizzo massimo aggregato previsto dalla Polizza, quale tra i due sia raggiunto per primo. Tutte le spese devono essere approvate dal Perito liquidatore della Polizza prima che la salma dell'Assicurato sia preparata per il trasporto.

INDENNITÀ PER MORTE ACCIDENTALE E SMEMBRAMENTO

Qualora a seguito di un Infortunio, l'Assicurato sostenga una perdita, come qui di seguito esposto, entro 365 giorni da tale Infortunio, la Compagnia di assicurazioni verserà l'indennizzo applicabile a tale perdita.

Per perdita di:	Ammontare dell'Indennizzo
Vita	10.000 USD
Una mano.....	5.000 USD
Un piede.....	5.000 USD
Una mano o un piede e l'intera vista di un occhio	5.000 USD
Oltre a una delle perdite di cui sopra dovute ad un incidente	10.000 USD

La perdita di mani e piedi indica la perdita all'altezza di o sopra l'articolazione del polso o della caviglia. Perdita degli occhi indica la perdita totale irrecuperabile di tutta la vista.

Solo una delle cifre sopra indicate verrà corrisposta per Infortuni risultanti da un unico incidente. La cifra così versata sarà la più alta applicabile.

Limitazioni ed Eccezioni per Morte accidentale e Smembramento (AD&D)

Queste limitazioni ed eccezioni sono da aggiungere alle ECCEZIONI GENERALI.

Questa disposizione non copre la perdita, qualora risulti in qualsiasi modo o sia causata o concausata:

1. Da malattia fisica o mentale; trattamento medico o chirurgico ad eccezione di qualsiasi trattamento che derivi direttamente da un'operazione chirurgica resa necessaria unicamente da un Infortunio coperto dalla Polizza;
o
2. Da un'infezione, a meno che tale infezione non sia unicamente e indipendentemente causata da un incidente che rientra nella copertura assicurativa.

COPERTURA DELLA FRANCHIGIA

La Polizza principale fornisce indennizzi in conformità con tutte le sue disposizioni, unicamente nella misura in cui tali indennizzi non siano corrisposti da altre assicurazioni valide e incassabili. Qualora l'Assicurato sia cautelato da un'altra assicurazione valida e riscuotibile, tutti gli indennizzi pagabili da tale assicurazione eccedenti 25.000 USD verranno determinati prima che gli indennizzi vengano corrisposti per mezzo della Polizza principale. La Polizza principale è il secondo pagatore rispetto a qualsiasi altra assicurazione avente classe primaria o nessuna disposizione di coordinamento o di non duplicazione degli indennizzi.

Se l'Assicurato è titolare di una polizza assicurativa stipulata ai sensi di un'assicurazione collettiva o in abbonamento che non si applica, altresì, in caso di copertura offerta da un'altra Compagnia di assicurazioni, il presente programma verserà un massimo del 50% degli indennizzi altrimenti esigibili in altre condizioni.

Gli indennizzi versati dalla Polizza principale non potranno superare: 1) qualsiasi massimale applicabile previsto dalla Polizza; e 2) il 100% delle spese risarcibili sostenute, nel caso in cui queste siano combinate con gli indennizzi versati da qualsiasi altra assicurazione valida e riscuotibile.

ESTENSIONE DEGLI INDENNIZZI A SEGUITO DELLA SCADENZA

La copertura fornita ai sensi della presente polizza cessa alla Data di scadenza della polizza. Tuttavia, qualora un Assicurato sostenga spese mediche entro 30 giorni dalla Data di scadenza della polizza, a causa di Infortuni o Malattie per i quali erano corrisposti gli indennizzi prima della Data di scadenza, le Spese coperte per tale Infortunio o Malattia continueranno a essere versate, per tutto il tempo in cui si protrae il disturbo, senza che però vengano oltrepassate le 13 settimane dalla Data di scadenza. Dopo che la disposizione di "Estensione degli Indennizzi a seguito della Scadenza" è esaurita, tutti gli Indennizzi cessano di esistere e, in nessun caso, verranno effettuati ulteriori versamenti.

I pagamenti totali effettuati nei confronti dell'Assicurato per tale disturbo sia prima che dopo la Data di scadenza non potranno mai superare il massimale. Laddove l'Assicurato sia, altresì, coperto da una polizza di gruppo o in abbonamento emessa nei confronti del titolare della polizza, suddetta disposizione relativa all' "Estensione degli Indennizzi" non troverà applicazione.

Questa Estensione degli Indennizzi si applica unicamente nella misura in cui l'Assicurato non sia coperto ai sensi della presente o di qualsiasi altra polizza di assicurazione sanitaria per studenti nel risultante tempo di copertura. Le persone a carico che sono acquisite durante il periodo di Estensione degli Indennizzi dello studente assicurato non sono idonee al ricevimento di indennizzi ai sensi della presente disposizione.

ECCEZIONI E LIMITAZIONI

Nessun indennizzo verrà versato per la perdita o per spese causate o derivanti da:

1. Servizi e forniture relative a prodotti o servizi volti a smettere di fumare;
2. Qualsiasi perdita coperta dalla legge federale o statale di compensazione per i lavoratori, legge sulla responsabilità datoriale, legge sulle malattie occupazionali o simili leggi o decreti;
3. Biofeedback; servizi e forniture relative al biofeedback;
4. Disturbi congeniti, ad eccezione di quanto specificatamente disposto per i neonati o per i bambini a carico adottati; circoncisione;
5. Procedure cosmetiche, eccetto: a) chirurgia estetica richiesta per correggere un Infortunio per il quale gli Indennizzi sono altrimenti pagabili ai sensi della presente polizza; b) chirurgia ricostruttiva connessa a o successiva alla chirurgia derivante da un trauma, infezione o qualsiasi altra patologia della parte coinvolta; o c) chirurgia ricostruttiva effettuata a causa di una patologia o anomalia congenita, come disposto per i neonati a carico;
6. Trattamento ortodontico, eccetto quanto specificatamente disposto nel Prospetto degli Indennizzi;
7. Chirurgia e trattamenti facoltativi, ad eccezione di quanto richiesto per correggere un Infortunio per il quale sono altrimenti pagabili gli indennizzi, ai sensi della presente polizza (trattamento facoltativo comprende, senza limitazione alcuna, trattamento sperimentale e di indagine, acne, allergia e prove allergiche, impianti mammari, riduzione mammaria, circoncisione, setto nasale deviato, eccetto il trattamento delle sinusite purulenta acuta, ginecomastia, anestesia controllata dal paziente (PCA), disturbi del sonno, compresi test del sonno e chirurgia di riattribuzione di genere);
8. Escrescenze, nei e lesioni non maligne; sostituzione o eliminazione di crescita pilifera, irsutismo e alopecia;

9. Infortuni sostenuti all'atto di: a) partecipazione a qualsiasi sport, gara o competizione interscolastica, interuniversitaria o professionale; b) spostamento verso o dal luogo in cui si sono tenute tali attività sportive, gare o competizioni in cui l'assicurato ha preso parte quale partecipante; o c) partecipazione a qualsiasi prassi o programma di condizionamento per tale sport, gara o competizione;
10. Esami oculistici, prescrizioni o preparazione di occhiali e lenti a contatto o qualsiasi altro trattamento per difetti e problemi visivi, a meno che questi non siano pagabili come Spese coperte associate a una Malattia o a un Infortunio coperti dalla polizza;
11. Esami audiometrici, prescrizioni o preparazione di apparecchi acustici o qualsiasi altro trattamento per difetti e problemi dell'udito, a meno che questi non siano pagabili come Spese coperte associate a una Malattia o a un Infortunio coperti dalla polizza;
12. Infortunio intenzionalmente autoinflitto, suicidio o qualsiasi minaccia di tentato suicidio;
13. Servizi e forniture per disturbi relativi a disabilità dell'apprendimento;
14. Normali controlli sanitari, esami o trattamenti preventivi, esami o test di screening in assenza di Malattia o Infortunio, come specificatamente indicato nella polizza;
15. Trapianto di organi;
16. Partecipazione a una sommossa o disordini civili; commissione di o tentativo di commettere reati gravi;
17. Medicine, sieri, vaccini, vitamine di tipo preventivo;
18. Servizi di medicina della riproduzione/infertilità, incluso, ma non limitatamente a: test sulla fertilità; infertilità (maschile o femminile), inclusi servizi o forniture di qualsiasi tipo resi allo scopo o con l'intento di indurre il concepimento (per esempio, le procedure di fecondazione sono procedure per l'induzione dell'ovulazione, fecondazione in vitro, trasferimento degli embrioni o simili procedure che aumentano o migliorano la capacità riproduttiva); impotenza, organica o di altro tipo; operazioni di sterilizzazione; legatura delle tube; vasectomia; chirurgia di riattribuzione di genere;
19. Servizi e forniture normalmente offerte gratuitamente dall'infermeria universitaria, dai suoi impiegati o medici che lavorano per l'Università;
20. Irregolarità scheletriche di una o entrambe le mandibole, inclusa la disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare (TMJ), eccetto il trattamento chirurgico della stessa;
21. Paracadutismo acrobatico, immersioni subacquee, gare di corsa o di velocità, paracadutismo o bungee jumping, deltaplano, aliante, paracadute ascensionale, vela, o volo di qualsiasi tipo su velivoli, ad eccezione di quando si è passeggeri su voli regolarmente programmati di una compagnia aerea commerciale;
22. Trattamento in un Ospedale militare o per veterani o in un Ospedale in appalto o gestito da un governo nazionale o da una sua agenzia, fatto salvo il caso in cui:
 - a. I servizi siano resi unicamente per le emergenze; e
 - b. Esista una responsabilità legale per le spese effettuate da parte di un Assicurato per i servizi prestati in assenza dell'assicurazione;
23. Guerra o qualsiasi atto di guerra, dichiarato o non dichiarato, o mentre si è in servizio per le forze armate di un qualsiasi paese; e
24. Servizi di gestione del peso e forniture relative al trattamento dell'obesità.

TEST DI GRAVIDANZA

Esistono alcuni test di gravidanza che possono essere effettuati in regime ordinario dai Medici, che però possono non rientrare nella copertura offerta dalla presente polizza. Si prega di telefonare al Dipartimento per i reclami al numero +1-800-468-4343 per ricevere maggiori informazioni.

DEFINIZIONI

Trovano applicazione al seguente programma le seguenti e importanti definizioni:

SPESE COPERTE indicano gli addebiti:

1. Non oltre gli addebiti Usuali, Ragionevoli e Consueti;
2. Non oltre il massimale versabile per ciascun servizio, come qui dimostrato;
3. Sostenute per servizi e forniture medici non esclusi ai sensi della polizza; e
4. Sostenute per servizi e forniture che sono Medicalmente Necessari.

FRANCHIGIA indica la cifra di spese coperte versate da parte dell'assicurato prima che gli indennizzi siano esigibili ai sensi della polizza.

MEDICO indica un praticante riconosciuto dell'arte medica che agisce nei limiti della sua autorizzazione. La dicitura Medico non include: 1) la Persona assicurata; 2) il/la coniuge, persona a carico, genitore, fratello o sorella della Persona assicurata; o 3) una persona che normalmente risiede con la Persona assicurata.

OSPEDALE indica un'istituzione:

1. Gestita ai sensi della legge;
2. Primariamente e continuamente impegnata nella fornitura di assistenza e trattamento medico alle persone malate e ferite in regime di ricovero ospedaliero;
3. Sotto la supervisione di uno staff di medici;
4. Fornisce servizi infermieristici 24 ore al giorno con o sotto la supervisione di infermieri riconosciuti e laureati, (R.N.);
5. Con strutture mediche, diagnostiche e di trattamento e con grandi strutture chirurgiche;
 - a. Nei propri locali; o
 - b. Disponibile su base prestabilita; e
6. Che addebita compensi per i propri servizi.

INFORTUNIO indica danno corporeo derivante, direttamente e indipendentemente dalla malattia o infermità corporea, da un incidente. Tutti gli infortuni riportati dalla stessa persona in un unico incidente, inclusi tutti i disturbi relativi e sintomi ricorrenti, saranno considerati quali un unico infortunio.

EMERGENZA MEDICA indica il verificarsi di una condizione medica che si manifesta con sintomi acuti di gravità (incluso dolore acuto) tali da portare una persona prudente e non esperta, che possiede una conoscenza media di salute e medicina, ad aspettarsi ragionevolmente, in mancanza di attenzione medica immediata, che tale disturbo possa:

1. Mettere in serio rischio la propria salute (per le donne in gravidanza, questo include anche la salute del nascituro);
2. Costituire un serio impedimento alle funzioni corporee; o
3. Costituire una seria disfunzione di un qualsiasi organo o parte dello stesso.

Le spese sostenute per emergenza medica saranno versate per una Malattia o Infortunio che rientrano nelle condizioni sopra descritte. Queste spese non verranno corrisposte per Malattie o Infortuni di lieve entità.

MEDICALMENTE NECESSARIO indica quei servizi o forniture prestati o prescritti da un Ospedale o da un Medico che sono:

1. Essenziali per i sintomi e la diagnosi o il trattamento della Malattia o Infortunio;
2. Forniti per la diagnosi o l'assistenza e il trattamento diretto della Malattia o dell'Infortunio;
3. In conformità con gli standard della buona prassi medica;
4. Non primariamente ad uso dell'Assicurato o ad uso del Medico dell'Assicurato; e
5. Che sono le forniture o il livello di servizi più appropriati che possono essere offerti con sicurezza.

UN GRAVE DISTURBO EMOTIVO DI UN BAMBINO indica il trattamento di un bambino al di sotto dei 18 anni di età che: 1) soffre di uno o più disturbi mentali, come indicato nell'edizione più recente del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), che non rientrino nei disturbi da utilizzo di sostanza primaria o nei disturbi evolutivi, che producono comportamenti inappropriati all'età del bambino in conformità con i normali modelli evolutivi; e 2) soddisfa i criteri del paragrafo (2) della sottodivisione (a) della Sezione 5600.3 del Codice Welfare e Istituzioni.

MALATTIA MENTALE GRAVE indica 1) schizofrenia; 2) disturbo schizo-affettivo; 3) disturbo bipolare (malattia maniaco-depressiva); 4) disturbi depressivi gravi; 5) attacchi di panico; 6) disturbo ossessivo compulsivo; 7) disturbo evolutivo pervasivo o autismo; 8) anoressia nervosa; e 9) bulimia nervosa.

MALATTIA indica malattia o patologia. Malattia include la normale gravidanza e le complicazioni della stessa. Tutte le malattie relative e i sintomi ricorrenti di malattia verranno considerati quali un'unica malattia.

USUALE, RAGIONEVOLE E CONSUETO (URC) indica:

1. Addebiti e oneri per i servizi o forniture mediche che sono i minori tra:
 - a. L'usuale onorario del fornitore per il servizio o la fornitura offerti; o
 - b. La spesa media per il servizio o la fornitura nella zona in cui il servizio o la fornitura sono ricevuti; e
2. Trattamento e servizio medico che risultano essere ragionevoli in relazione al servizio o alla fornitura offerti e alla gravità del disturbo.

PROCEDURA DI LIQUIDAZIONE

1. Laddove possibile, ottenere trattamento dal Centro sanitario universitario studentesco (Centro Medico UCLA per gli studenti dell'UCLA). La Franchigia sarà oggetto di rinuncia per gli studenti.
2. In caso di un'Emergenza Medica, telefonare al 911 o recarsi presso il più vicino ambulatorio per le emergenze o pronto soccorso. Si prega di osservare che rivolgendosi ad un ambulatorio per le urgenze invece del pronto soccorso ospedaliero si possono contenere le spese a carico dell'Assicurato. Per trovare un ambulatorio per le urgenze, accedere al sito web della FHN e scegliere "Strutture" da Tipo di Fornitore. Quindi, selezionare Ambulatorio per le urgenze nella casella Tipo di Struttura. Inoltre, è disponibile un elenco di ambulatori per le urgenze presso il Centro sanitario studentesco. Altrimenti, recarsi presso il più vicino Medico o Ospedale per ricevere assistenza. L'Assicurato potrà scegliere qualsiasi Medico o Ospedale, sebbene rivolgersi a Medici e Ospedali disponibili tramite il First Health Network (PPO) potrebbe ridurre i costi. Per una lista completa delle strutture Ospedaliere e dei Medici PPO, si prega di telefonare al numero **+1-800-226-5116** o visitare il sito **www.myfirsthealth.com**.
3. Qualora l'Assicurato si rechi presso uno studio Medico o all'Ospedale, l'Assicurato dovrà assicurarsi di mostrare il proprio documento di identificazione (allegato alla presente brochure). Le persone a carico coperte dal programma assicurativo non sono titolari di documenti identificativi separati, pertanto potranno utilizzare la carta di identificazione dello studente assicurato, qualora necessitassero di trattamenti medici. Qualora il Medico o l'Ospedale debba verificare la copertura per l'Assicurato o le persone a suo carico, il Medico deve contattare Personal Insurance Administrators, Inc. al numero **+1-800-468-4343**.

L'assicurato deve sempre portare con sé il documento identificativo della propria assicurazione.

4. Inviare tutte le fatture dettagliate e qualsiasi altra spesa a Personal Insurance Administrators, Inc. all'indirizzo indicato qui di seguito. Assicurarsi di aver allegato tutte le fatture e i conti dettagliati all'atto dell'invio da parte dell'Assicuratore. Assicurarsi di includere il numero di polizza di gruppo dell'Assicurato (come indicato nel documento identificativo dell'Assicurato).

Personal Insurance Administrators, Inc.

P.O. Box 6040

Agoura Hills, CA USA 91376-6040

Numero verde +1-800-468-4343

www.piaclaims.com

Una fattura medica dettagliata è un elenco di procedure o servizi con relativo costo emessa dall'ospedale o dallo studio del medico.

LE FATTURE MEDICHE DETTAGLIATE DEVONO ESSERE PRESENTATE ALLA SOCIETÀ ENTRO 90 GIORNI DALLA DATA DELLA PERDITA.

Conservare sempre una copia per sé di tutti i documenti presentati per il risarcimento.

DIRITTO A REVISIONE ESTERNA

L'Assicurato ha il diritto di richiedere un parere medico indipendente, qualora siano stati impropriamente negati, modificati o ritardati i servizi sanitari.

PROGRAMMA MEDEX

La seguente descrizione del programma MEDEX è stata inclusa nella presente brochure ad uso dello studente e non influenza in modo alcuno la copertura offerta dal Programma assicurativo sanitario studentesco descritto nel presente documento.

SERVIZI PER I SOCI MEDEX

Quale Studente internazionale che prende parte al presente Programma assicurativo sanitario studentesco, l'Assicurato entra automaticamente, in qualità di Socio, nel Programma MEDEX.

Quale partecipante, MEDEX fornirà i servizi assistenziali che sono ragionevolmente richiesti da un Socio che risiede all'estero e/o viaggia al di fuori del proprio paese di origine di residenza, in ragione diretta di una richiesta di Servizi

medici di urgenza avanzata dal Socio o in ragione del decesso del Socio durante il periodo di iscrizione al programma. Qualsiasi spostamento, ritorno alla propria residenza a seguito della stabilizzazione delle condizioni del paziente e/o rimpatrio delle spoglie mortali dell'Assicurato saranno coordinati da e soggetti al previo consenso di MEDEX e/o del suo Consulente medico regionale. I servizi assistenziali includono:

Assistenza internazionale 24 ore al giorno chiamando un numero verde (o con telefonata a carico del destinatario)

MEDEX è disponibile in qualsiasi momento per fornire assistenza per qualsiasi problema medico e di spostamento. Telefonare al numero +1-800-527-0218 o +1-410-453-6330.

Spostamento medico di emergenza

Qualora un Socio sia coinvolto in un incidente o soffra di una malattia improvvisa ed imprevista che richieda Servizi medici di emergenza e non siano disponibili adeguate strutture mediche, MEDEX coordinerà uno spostamento supervisionato da medici nella struttura più vicina prescelta da MEDEX che sia in grado di fornire l'assistenza necessaria.

Rimpatrio della salma

MEDEX contribuirà a far ottenere tutte le necessarie autorizzazioni per la cremazione o per la preparazione per il rimpatrio della salma del Socio.

Medicine, vaccini e trasfusioni di sangue di emergenza

Qualora sia consentito dalle leggi in vigore, MEDEX coordinerà il trasferimento di medicine, vaccini o sangue, dietro autorizzazione del Medico che li ha prescritti. Il Socio dovrà assumersi la responsabilità per il costo di qualsiasi medicina, vaccino o sangue e per i costi di trasporto.

Assistenza legale

Qualora un Socio richiedesse assistenza legale, MEDEX darà al Socio i riferimenti di un avvocato e provvederà a offrire assistenza nel garantire la cauzione necessaria o altri strumenti legali. Il Socio dovrà provvedere a qualsiasi altro onorario per i legali assunti dallo stesso.

Servizi di traduzione

I Coordinatori di assistenza multilingua MEDEX sono disponibili a provvedere all'assistenza immediata di traduzione o possono fornire riferimenti di interpreti locali.

Caparra per Ospedale e Anticipo in caso di emergenza

All'atto di garantirsi il pagamento delle somme dovute dal Socio o di ottenere la garanzia, da parte del Socio, di rimborso, MEDEX potrà inviare i fondi tramite bonifico bancario o, alternativamente, garantire la caparra richiesta per il ricovero di emergenza in Ospedale, o provvederà ai trasferimenti di contanti dei fondi del Socio. MEDEX non dovrà essere ritenuto responsabile per il pagamento del costo dei Servizi medici di emergenza.

Trasporto per riunirsi al Socio malato

A seguito del trasporto coordinato da MEDEX e nel caso in cui il Socio sia da solo e ricoverato in ospedale nella località in cui è stato trasportato per oltre sette (7) giorni, MEDEX potrà organizzare il trasporto nel luogo in cui è ricoverato per un'unica persona prescelta dal Socio.

Punti di riferimento medici in tutto il mondo, 24 ore su 24

MEDEX provvede ad un'assistenza 24 ore su 24, atta a trovare l'assistenza medica più appropriata. I punti di riferimento medici sono personalizzati in base alla specializzazione richiesta, il luogo in cui si trova il Socio, la preferenza linguistica, l'orario, ecc.

Valutazione e monitoraggio del trattamento

I servizi MEDEX includono contatti con Consulenti medici regionali che si consultano continuamente con i Medici curanti e valutano la qualità dell'assistenza e i programmi di trattamento ideati per i Soci. La valutazione e il monitoraggio sono avviati con la prima telefonata fatta a MEDEX e continuano fino al periodo di ripresa.

Assistenza con Coordinamento della Riabilitazione a seguito di uno Spostamento

MEDEX contribuisce a coordinare qualsiasi bisogno di riabilitazione dei Soci a seguito di uno spostamento.

Trasmissione di messaggi di emergenza alla famiglia

MEDEX può ricevere e trasmettere messaggi di emergenza tra il Socio o la sua famiglia e altre persone coinvolte.

Organizzazione di operazioni di sostituzione di Medicine e Occhiali

MEDEX contribuisce a ottenere la sostituzione delle prescrizioni e degli occhiali persi, rubati, dimenticati o non più validi con grande velocità.

Un numero verde o chiamate addebitate al destinatario mettono immediatamente in collegamento, 24 ore al giorno, ogni giorno dell'anno, il Socio con i coordinatori altamente formati dell'assistenza multilingua di MEDEX. Telefonare al numero:

+1-800-527-0218 o +1-410-453-6330
Numero del programma: 995

COPERTURA DELLA VISTA

La seguente descrizione del Programma della rete per l'assistenza oculistica è stata inclusa nella presente brochure a uso dello studente. La Copertura assicurativa della vista non si riferisce in modo alcuno agli indennizzi, limitazioni ed eccezioni di, e non influenza in modo alcuno la copertura fornita da, il Programma di assicurazione contro le malattie e gli infortuni per lo Studente descritto nel presente documento.

Quale parte del presente programma l'Assicurato ha accesso al Programma scontato per la Vista offerto dalla rete The Eye Care Network. Questo programma dà il diritto all'Assicurato di ricevere uno sconto del 20% sui normali addebiti, nel caso in cui si avvalga di un fornitore partecipante al programma. Lo sconto del 20% si applica alle seguenti spese: esame oculistico abituale, lenti, montature, oltre a spese extra quali lenti scure, rivestimenti e lenti fotocromatiche. Lo sconto non si applica alle lenti a contatto monouso o sostituibili, riparazioni degli occhiali, offerte promozionali o trattamento medico/chirurgico degli occhi. Per ricevere uno sconto del 20%, l'Assicurato deve presentare il proprio documento di identificazione a qualsiasi fornitore partecipante al Programma di sconto per la Vista, quando richiede il servizio. Per trovare un fornitore partecipante al programma, telefonare al numero **+1-800-793-9288** o visitare il sito web **www.ecndiscount.com**. Solo i fornitori elencati nel Programma di sconto per la Vista offriranno una riduzione del 20% sul servizio.