

Roma, 22.05.2015

Prot. N. 79395

Ai Direttori di Dipartimento
Ai Presidenti delle Scuole
Ai Direttori dei Centri
Ai Dirigenti
Ai Segretari Amministrativi, della Ricerca e
della Didattica
Ai Direttori delle Biblioteche
Ai Capi Area

p.c. Al Broker d'Ateneo
Dott. Claudio Morino

**Oggetto: Polizza assicurativa temporanea per viaggi all'estero stipulata con la
Compagnia Europ Assistance S.p.A. – Modalità di attivazione**

Si informano le SS.LL. che l'Ateneo ha provveduto, come ormai da diversi anni, a dotare il personale e gli studenti di una copertura assicurativa per i viaggi all'estero, volta a fornire assistenza sanitaria in quelle aree geografiche in cui non trovano applicazione le ordinarie forme di assistenza sanitaria previste da accordi e convenzioni internazionali (quali, a mero titolo esemplificativo i paesi extra Unione Europea, l'intero continente americano, etc.).

In particolare si specifica che la Polizza, a tal fine stipulata, è a totale carico dell'Ateneo per quanti si rechino nelle predette aree geografiche per lo svolgimento di una **"Missione"** (con tale termine intendendosi qualsivoglia attività istituzionale), appositamente organizzata e regolarmente autorizzata dal Responsabile della Struttura.

La medesima polizza è altresì operativa, a tariffe preferenziali e condizioni particolarmente privilegiate, sia per i dipendenti che si rechino all'estero per lo svolgimento di **"Attività di interesse personale"**, purché di rilevanza scientifica, didattica e di ricerca (come, a mero titolo esemplificativo, partecipazione a titolo personale a seminari, convegni, assemblee, riunioni, etc.), sia per i **"Componenti del nucleo familiare"**, nel caso gli stessi accompagnino il personale dell'Ateneo durante la permanenza all'estero, indipendentemente se si tratti di "Missione" o di svolgimento di "Attività di interesse personale". In ipotesi siffatte il dipendente dovrà provvedere personalmente al pagamento dei

M

relativi premi, prima della partenza, secondo le modalità che saranno appositamente comunicate dai competenti Uffici.

Si precisa che la Polizza ha valore esclusivamente per il periodo di permanenza all'estero degli assicurati, a garanzia delle spese sanitarie determinate da eventuali infortuni o malattie manifestatesi durante detto periodo. La Polizza tutela altresì eventuali danni subiti per lo smarrimento o il danneggiamento del bagaglio e degli effetti personali.

Si avverte che, al fine di attivare la suddetta Polizza, quanti si recheranno all'estero, nelle aree geografiche sopra menzionate, dovranno far pervenire, almeno **quindici giorni prima** della data prevista per la partenza, la scheda predisposta da questa Amministrazione e allegata alla presente nota, corredata dall'autorizzazione rilasciata dal Direttore del Dipartimento o dal Responsabile della Struttura di appartenenza nel caso si tratti di una "Missione", al seguente indirizzo e-mail: assicurazioniimate@uniroma3.it.

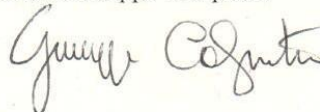
Per le partenze programmate nel mese di agosto e nei primi 15 giorni di settembre, le richieste dovranno pervenire **entro e non oltre il 15 luglio**, stante la chiusura estiva dell'Ateneo.

Per maggiori informazioni è possibile consultare le condizioni generali della Polizza, previste dal contratto tra la Compagnia Europ Assistance S.p.A. e l'Università, nella pagina web dell'Area Contratti e Contenzioso al seguente indirizzo "<http://host.uniroma3.it/uffici/contratticontenzioso/polizze.php>", a cui si rinvia per ogni utile dettaglio. Sarà altresì possibile contattare la referente, dott.ssa Delfina D'Agostino, chiamando il cellulare di servizio n. 3286406058 e/o inviando una e-mail all'indirizzo sopra citato: assicurazioniimate@uniroma3.it.

Distinti saluti.

Il Dirigente

Dott. Giuseppe Colapietro



**RICHIESTA ATTIVAZIONE POLIZZA ASSICURATIVA TEMPORANEA PER
VIAGGI ALL'ESTERO**

(scrivere in stampatello)

La/il sottoscritta/o

Nome: _____ Cognome: _____

nata/o il: _____ a: _____ (_____)

Codice fiscale: _____

residente a: _____

in Via/P.zza _____ n° _____

tel. _____ Cell. _____ -e-mail _____

Sede di servizio presso l'Ateneo _____

CHIEDE CHE SIA ATTIVATA LA POLIZZA IN EPIGRAFE ED A TAL FINE DICHIARA

- Di aver preso visione ed accettato le condizioni di polizza previste dal contratto tra la Compagnia Europ Assistance S.p.A. e l'Università

- Che si recherà **dal giorno** _____ **al giorno** _____
presso la seguente sede estera _____

per il seguente motivo:

Svolgere la seguente **"Missione"** _____

(la Missione deve essere autorizzata in calce dal Direttore del Dipartimento/Responsabile della Struttura di appartenenza)

oppure

Partecipare **"a titolo personale"** al seguente evento di rilevanza scientifica, didattica e di ricerca:

Seminario _____

Convegno _____

Assemblea _____

Riunione _____

Altro _____

- Che sarà accompagnata/o durante l'intera durata della propria permanenza all'estero dai seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

coniuge/convivente Nome _____ Cognome _____

Nata/o il: _____ a: _____ (_____)

Codice fiscale: _____

figlia/o Nome _____ Cognome _____

Nata/o il _____ a: _____ (_____)

C.F. _____


4

