



Programmi di copertura sanitaria
internazionale Suisse

Termini e Condizioni generali dell'assicurazione individuale

(di seguito anche "Guida alle
prestazioni per polizze individuali")

Valido dal 1° gennaio 2018

Allianz 

Benvenuto

La presente guida spiega le prestazioni e i termini della copertura offerta dalla sua polizza sanitaria aziendale supplementare (LCA). Questa polizza di copertura sanitaria è un contratto annuale tra AWP P&C S.A., succursale svizzera, e l'assicurato nominato nel Certificato di assicurazione. Il contratto assicurativo è costituito dall'insieme dei seguenti documenti:

- la presente **Guida alle prestazioni**, che descrive le prestazioni incluse nella copertura e i Termini e le Condizioni della polizza. La presente Guida alle prestazioni deve essere letta unitamente alla Polizza di assicurazione e all'Elenco delle prestazioni;
- la **Polizza di assicurazione**, in cui si indica il programma scelto, l'area geografica di copertura selezionata, la data di inizio e di rinnovo della polizza, così come la data di inizio della copertura di eventuali familiari a carico (se inclusi nella polizza). Nel Certificato di assicurazione si indicano anche eventuali condizioni speciali che potrebbero applicarsi in maniera esclusiva alla sua copertura (e che le vengono comunicate prima della stipula del contratto, attraverso l'emissione di un documento di Condizioni speciali). Una nuova Polizza di assicurazione aggiornata viene rilasciato all'assicurato ogni volta che questi richiede e ottiene di effettuare cambi, come l'inclusione in copertura di un nuovo familiare a carico, oppure ogni volta che la compagnia assicurativa effettua cambi nella copertura;
- l'**Elenco delle prestazioni**, che offre una panoramica del programma selezionato ed elenca le prestazioni coperte. In questo documento si indicano quali prestazioni sono soggette a Garanzia di pagamento, a massimali, a periodi di carenza, a franchigie e/o a scoperti;
- le **informazioni fornite alla compagnia assicurativa** tramite la compilazione del modulo di Richiesta di sottoscrizione, del modulo di Richiesta di sottoscrizione online o della Dichiarazione sullo stato di salute (da qui in avanti indicati come "moduli di sottoscrizione rilevanti"), oltre a tutte le altre informazioni mediche di supporto fornite dall'assicurato o a nome dell'assicurato alla compagnia assicurativa.

La versione in italiano è una traduzione dell'originale in lingua tedesca ed ha solamente scopo informativo. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in tedesco, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

La compagnia assicurativa che sottoscrive la sua assicurazione LCA è AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), la succursale svizzera di AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Francia, una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 519 490 080 RCS Parigi. La succursale svizzera è registrata a Zurigo con il numero: CHE-115.393.016, all'indirizzo: Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 3, CH-3000 Berna 22, registrata presso l'UFSP con il numero: 376. KPT è l'amministratore dei servizi di polizza all'interno della Svizzera.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. AWP Health & Life SA è la compagnia riassicurativa delle polizze LCA e l'amministratore dei servizi di polizza e del supporto tecnico al di fuori della Svizzera. Allianz Worldwide Care è una ragione sociale registrata di AWP Health & Life SA.

Indice

I. Descrizione della copertura	2-7
II. Definizioni	8-15
III. Esclusioni	16-20
IV. Condizioni generali	21-30
Guida rapida	Sezione staccabile
• Come accedere all'assistenza sanitaria	
• Servizi utili	
• Recapiti	

I. Descrizione della copertura

Panoramica

Nell'Elenco delle prestazioni si indica il programma da Lei selezionato e si fornisce una lista di tutte le prestazioni coperte dalla sua polizza. Ulteriori informazioni su ognuna delle nostre prestazioni sono disponibili nel capitolo "Definizioni" della presente guida. Non tutte le prestazioni menzionate nel capitolo "Definizioni" sono necessariamente coperte dalla sua polizza, motivo per cui è fondamentale che verifichi quali sono indicate nel suo Elenco delle prestazioni. La sua copertura è soggetta alle definizioni, alle esclusioni, ai massimali ed alle eventuali condizioni speciali indicati nella Polizza di assicurazione. Se dovesse avere qualsiasi dubbio, non esiti a contattarci.

Per favore, legga attentamente i paragrafi a seguire.

1. Necessità medica e spese mediche consuetudinarie

Per essere coperti dalla polizza, i trattamenti ed i servizi medici, i materiali sanitari ed i costi correlati devono essere necessari per il paziente dal punto di vista medico ed appropriati per trattare la sua patologia, malattia o lesione. Le cure ed i trattamenti vengono coperti solo quando sono in linea con la definizione "Necessità medica". Le spese mediche vengono rimborsate solo se il costo è in linea con quello consuetudinario per il tipo di trattamento offerto al paziente nello specifico Paese in cui esso avviene, in linea con le procedure mediche standard e generalmente ritenute valide. La compagnia assicurativa si riserva il diritto di ridurre l'ammontare del rimborso reclamato dall'assicurato qualora la tariffa applicata sia più elevata di quella abituale in quello specifico Paese.

2. Patologie preesistenti

La preghiamo di consultare la sezione "Note" dell'Elenco delle prestazioni per confermare se le patologie preesistenti sono coperte dalla polizza. La definizione 1.46 fornisce ulteriori informazioni su quali sono ritenute patologie preesistenti.

3. Limiti delle prestazioni

L'Elenco delle prestazioni prevede due differenti massimali. Il **massimale del programma**, che riguarda solamente alcuni programmi, rappresenta la cifra complessiva che la compagnia rimborsa per assicurato e per Periodo assicurativo, con riferimento alla totalità delle prestazioni comprese nel

programma. Alcune prestazioni incluse nella copertura possono poi avere uno **specifico massimale di prestazione**, che può essere calcolato “per Periodo assicurativo”, “per durata della vita” o “per evento” (ad esempio: per viaggio, per visita medica o per gravidanza). In alcuni casi il massimale di prestazione indica che solo una percentuale dei costi è rimborsabile (ad esempio: 65% di rimborso, fino a 6.500 CHF). Quando una prestazione è soggetta ad un massimale di prestazione, o ancora quando è soggetta a rimborso completo (“100%”), rimane comunque limitata al massimale del programma, sempre che il programma scelto ne preveda uno. Tutti i massimali sono intesi per assicurato e per Periodo assicurativo, se non si specifica diversamente nell’Elenco delle prestazioni.

Se il suo programma comprende prestazioni relative alla maternità, queste appaiono nell’Elenco delle prestazioni, dove si indicano anche eventuali massimali e periodi di carenza applicabili. I massimali applicabili alle prestazioni “Maternità” e “Complicanze del parto” sono normalmente calcolati “per gravidanza” o “per Periodo assicurativo” (consulti anche il suo Elenco delle prestazioni per verificare che tipo di massimale si applica a queste prestazioni). Se il massimale della prestazione “Maternità” si applica “a gravidanza” e se la gravidanza del caso inizia in un Periodo assicurativo e termina nel seguente, nel caso in cui il massimale del secondo anno venga cambiato al rinnovo della polizza, si applicherà quanto segue:

- tutte le spese mediche relative alla “Maternità” incorse nell’anno 1 saranno soggette al massimale valido nell’anno 1;
- tutte le spese mediche relative alla “Maternità” incorse nell’anno 2 saranno soggette al massimale valido nell’anno 2, dal quale si detrairà l’ammontare delle spese della “Maternità” rimborsate nell’anno 1;
- se il massimale decremента nell’anno 2 rispetto all’anno 1 e le spese mediche della “Maternità” incorse nell’anno 1 raggiungono o superano il massimale dell’anno 2, non verrà rimborsato alcun importo aggiuntivo.

4. Area di copertura

Può usufruire di trattamenti in qualsiasi Paese all’interno della sua area geografica di copertura (indicata nella sua Polizza di assicurazione).

Se nel Paese in cui abitualmente risiede e lavora non è disponibile il trattamento medico necessario, può farsi curare in qualsiasi altro Paese incluso nell’area geografica di copertura indicata nella sua Polizza di assicurazione. In relazione alle sue spese di viaggio, la preghiamo di leggere il Paragrafo 8 “Rimpatrio sanitario/Evacuazione medica”.

Se, invece, il trattamento di cui ha bisogno e per il quale è coperto è disponibile nel Paese in cui risiede ma decide comunque di farsi curare in un altro Paese compreso nell’area di copertura, la compagnia assicurativa rimborserà le spese mediche coperte dal suo programma assicurativo; non sono coperte, però, le spese di viaggio.

5. Costi di pernottamento in ospedale per un genitore che accompagna un figlio assicurato

La prestazione “Costi di pernottamento in ospedale per un genitore che accompagna un figlio assicurato minore di 18 anni” (compresa nel Programma principale ed inclusa nella sua copertura assicurativa) si riferisce ai costi di pernottamento in ospedale per un genitore, durante tutto il periodo di ricovero del minore che riceve trattamenti coperti dalla polizza. Qualora non siano disponibili posti letto in ospedale per il genitore, la compagnia copre le spese equivalenti al costo per notte di una stanza in un hotel a tre stelle, indipendentemente da quali siano state le spese di pernottamento effettivamente sostenute. Non verranno comunque incluse spese varie quali, a titolo esplicativo e non esaustivo, i costi relativi a vitto, telefono o giornali. Consulti l’Elenco delle prestazioni per verificare se vigono limiti di età in riferimento al figlio ricoverato.

6. Trattamenti in caso di emergenza

La copertura per le **prestazioni in caso di emergenza** è solo per le acute ed urgenti emergenze sanitarie in cui si può incorrere. Si considerano d’emergenza quelle cure o procedure mediche che devono iniziare entro 24 ore dall’episodio che causa l’emergenza. Le cure e le procedure d’emergenza sono coperte solo quando sono necessarie dal punto di vista medico e fornite da un dottore abilitato. La copertura è quindi limitata ai casi di emergenza medica (vedere la definizione 1.14) dovuta ad un incidente, una calamità o all’improvvisa e severa manifestazione o peggioramento di una malattia che rappresenti un rischio immediato per la salute dell’assicurato e che richieda cure mediche urgenti. La copertura comprende solo il trattamento delle emergenze e non si estende alle successive visite di controllo, che dovranno essere coperte dalle prestazioni non di emergenza del suo programma. Questa prestazione non include i trattamenti necessari a causa di una gravidanza o qualsiasi altro trattamento escluso.

7. Copertura della maternità

La copertura della maternità è una copertura opzionale che, se acquistata in aggiunta ai nostri Programmi principale e fuori ricovero, sarà menzionata nel suo Elenco delle prestazioni.

- a. **Maternità:** si riferisce ai costi che si rendono necessari durante la gravidanza ed il parto, tra cui i costi di ricovero, gli onorari degli specialisti, le cure pre- e post-natali della madre, l’onorario dell’ostetrica (solamente per l’assistenza durante il parto) e le cure per il neonato. Le complicanze della gravidanza e le complicanze del parto non sono incluse in questa prestazione. Eventuali parti cesarei non necessari da un punto di vista medico verranno coperti solo fino ad una cifra massima corrispondente alla spesa standard per un parto naturale effettuato nello stesso ospedale (condizione soggetta ad eventuali limiti della prestazione). Se la prestazione “Parto domiciliare” è compresa nella sua copertura, le verrà pagata una somma forfetaria (indicata nell’Elenco delle prestazioni) in caso di parto effettuato al suo domicilio. In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento contro la sterilità, eventuali cure in regime di ricovero necessarie per i

neonati verranno coperte fino a un massimo di 39.000 CHF per neonato e per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero sono coperti dal Programma fuori ricovero.

- b. **Complicanze del parto:** copre esclusivamente le condizioni mediche che si presentano durante il parto medesimo e richiedono un intervento ostetrico, ossia: emorragia post-partum e mancata espulsione della membrana placentare. Le complicanze del parto sono coperte solo se il programma assicurativo include anche la prestazione "Maternità". Il parto cesareo (se necessario dal punto di vista medico) rientra in questa prestazione solo se il programma assicurativo include anche la prestazione "Maternità".
- c. **Complicanze della gravidanza:** si riferiscono allo stato di salute della madre. La prestazione riguarda unicamente le seguenti situazioni che potrebbero presentarsi nel periodo antecedente il parto:
- gravidanza extrauterina;
 - diabete gestazionale;
 - preeclampsia;
 - aborto spontaneo;
 - minacce d'aborto;
 - parto di feto morto e mola idatiforme.
- d. **Cure del neonato:** accertamenti medici di routine miranti a valutare l'integrità delle funzioni basilari degli organi e della struttura scheletrica del neonato. Gli accertamenti devono essere eseguiti immediatamente dopo la nascita. Dalla copertura sono escluse ulteriori procedure diagnostiche o preventive, quali tamponi faringei, test ematici e prove audiometriche. Qualsiasi trattamento o test ulteriore alle cure di base sarà coperto dalla polizza specifica del bambino. In caso di parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento contro la sterilità, eventuali cure in regime di ricovero necessarie per i neonati verranno coperte fino a un massimo di 39.000 CHF per neonato e per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero sono coperti dal Programma fuori ricovero.
- e. In caso di **parti gemellari risultanti da terapie per il trattamento contro la sterilità**, eventuali cure in regime di ricovero necessarie per i neonati verranno coperte fino a un massimo di 39.000 CHF per neonato e per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero sono coperti dal Programma fuori ricovero.

8. Rimpatrio sanitario/Evacuazione medica

- a. Il **rimpatrio sanitario** è la prestazione opzionale che, ove prevista, viene indicata nell'Elenco delle prestazioni (veda la definizione 1.55).
- b. L'**evacuazione medica** fa parte del suo Programma principale ed è quindi inclusa nella sua copertura (veda la definizione 1.15).

I. Descrizione della copertura

- c. Gli assicurati devono contattare la compagnia assicurativa al primo segno che un'evacuazione medica sia necessaria. Da quel momento in poi la compagnia assicurativa organizza e coordina tutte le fasi del processo di evacuazione, fino a quando il paziente raggiunge il centro medico di destinazione. Se il processo di evacuazione medica non viene organizzato da noi, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso di tutte le spese sostenute.
- d. Qualora le cure necessarie e coperte dal programma assicurativo non siano disponibili in loco, ci occuperemo del rimpatrio o dell'evacuazione dell'assicurato.
- e. L'evacuazione medica dell'assicurato verrà effettuata verso il centro medico idoneo più vicino (che potrebbe essere o meno situato nel Paese di origine dell'assicurato).

oppure

Il rimpatrio sanitario dell'assicurato verrà effettuato verso un centro medico idoneo situato nel Paese di origine dell'assicurato.

- f. Il trasporto avviene tramite ambulanza, elicottero o aeroplano. L'evacuazione medica deve essere richiesta dal medico del paziente assicurato e viene gestita nel modo più economico possibile, ma nel pieno rispetto delle condizioni di salute dell'assicurato. La copertura per tale evento viene fornita in base al principio di proporzionalità, ovvero tenendo in conto un efficace rapporto costi-benefici così come la sicurezza di tutte le parti coinvolte.
- g. Terminata la cura, la compagnia rimborsa all'assicurato evacuato il costo del viaggio di ritorno in classe economica al proprio Paese di residenza principale.
- h. Nell'eventualità in cui il sangue compatibile e verificato necessario in caso di emergenza non sia disponibile in loco, tenderemo, ove opportuno e ove richiesto dal medico curante, di reperire e trasportare sangue compatibile e verificato ed attrezzature trasfusionali sterili. Si procederà all'operazione descritta anche nei casi in cui tale provvedimento sia consigliato dal team di medici della compagnia assicurativa. La compagnia assicurativa ed i suoi rappresentanti declinano ogni responsabilità nel caso in cui il tentativo di reperire l'occorrente per la trasfusione sia infruttuoso o nel caso in cui i medici curanti facciano uso di sangue o materiali non sterili.
- i. Se per ragioni mediche l'assicurato non può essere evacuato o trasportato dopo la dimissione dall'ospedale, verrà coperto il costo di soggiorno in una camera di albergo con bagno privato fino a un massimo di sette giorni. Copriamo per l'accompagnatore dei costi di alloggio pari a quelli di una camera standard a tre stelle.
- j. Se l'assicurato è stato evacuato al centro medico più appropriato e più vicino per ricevere trattamenti prolungati, verranno coperte le spese per l'alloggio in una stanza d'hotel con bagno privato (copriamo i costi fino ad un ammontare pari a quello di una camera d'albergo standard a tre stelle). Il costo della stanza dovrà essere più economico dei successivi costi di trasporto verso e dal centro medico idoneo più vicino al Paese principale di residenza. Le spese di sistemazione in hotel per un eventuale accompagnatore non sono incluse nella copertura.

- k. Spese di viaggio si riferisce alle spese di trasporto (in classe economica). Se l'accompagnatore non può viaggiare sullo stesso mezzo di trasporto dell'assicurato, verranno coperte le spese di viaggio su un altro mezzo in classe economica. In caso di rimpatrio sanitario o evacuazione medica di un assicurato, verranno coperti solo i costi ragionevoli di trasporto di una persona a sua scelta o di un membro della famiglia. Le spese di alloggio in hotel ed altre spese correlate non sono coperte.

9. Rimpatrio della salma

La prestazione "Rimpatrio della salma" (parte del Programma principale ed inclusa nella sua copertura assicurativa) è il trasporto della salma della persona assicurata dal Paese principale di residenza a quello previsto per l'inumazione. Fra le spese coperte sono incluse, ad esempio, quelle relative all'imbalsamazione e all'acquisto di una bara per il trasporto conforme ai criteri di idoneità previsti dalla legge, i costi di spedizione e le necessarie autorizzazioni governative. Eventuali costi di cremazione vengono coperti solo se la cremazione è necessaria per motivi legali. Dalla copertura sono escluse le spese relative ad eventuali accompagnatori, a meno che queste non siano contemplate nell'Elenco delle prestazioni come una prestazione indipendente.

II. Definizioni

Le definizioni che seguono si applicano alle prestazioni offerte dalla nostra gamma di Programmi di copertura sanitaria e ad alcuni altri termini frequentemente utilizzati. Per verificare quali prestazioni sono coperte dal suo programma, consulti il suo Elenco delle prestazioni. Se nel programma selezionato sono incluse prestazioni speciali, le definizioni a queste corrispondenti appariranno nella sezione "Note" che si trova al termine del suo Elenco delle prestazioni. Quando le parole e le frasi che seguono appaiono in un documento di polizza, avranno il significato che si definisce di seguito.

- 1.01 **Acuto:** si riferisce a una crisi improvvisa.
- 1.02 **Assicurato** si riferisce a tutte le persone idonee alla copertura elencate nel Certificato di assicurazione.
- 1.03 **Assistenza infermieristica domiciliare o in convalescenziario:** assistenza infermieristica prestata subito dopo un trattamento in ricovero ospedaliero o in day-hospital, o in alternativa a questo. Questa prestazione, se compresa nell'Elenco delle prestazioni, verrà coperta solo se il soggiorno in convalescenziario o l'assistenza di un infermiere presso il domicilio sono necessari dal punto di vista medico. Non sono coperte le spese per soggiorni in centri termali e centri di cura e benessere.
- 1.04 **Chirurgia ambulatoriale:** è un intervento chirurgico eseguito in un ambulatorio o struttura sanitaria ove non sia richiesto il ricovero notturno del paziente.
- 1.05 **Chirurgia dentale:** si riferisce all'estrazione chirurgica di denti o ad altro procedimento chirurgico dentale (ad esempio, l'apicectomia) ed ai farmaci odontoiatrici prescritti. Tutte le procedure diagnostiche necessarie per stabilire la necessità della chirurgia dentale (ad esempio: radiografie, test di laboratorio, TAC e risonanza magnetica) sono coperte da questa prestazione. La chirurgia dentale non comprende eventuali trattamenti chirurgici relativi ad impianti dentali.
- 1.06 **Chirurgia preventiva:** si riferisce alla mastectomia profilattica e all'ovariectomia profilattica. La copertura fornita da questa prestazione è disponibile quando:
 - esistono precedenti familiari diretti nella storia clinica dell'assicurata di malattie che siano parte di una sindrome del cancro ereditario come, ad esempio, il cancro al seno o alle ovaie, e;
 - i test genetici effettuati hanno dimostrato una sindrome del cancro ereditario.
- 1.07 **Compagnia assicurativa:** AWP P&C S.A., Saint Ouen (Parigi), succursale svizzera.
- 1.08 **Cure dentali d'emergenza in regime di ricovero:** sono le cure dentali di emergenza che si rendono necessarie a causa di un grave incidente o infortunio, tale da richiedere il ricovero ospedaliero. Le cure devono essere prestate entro 24 ore dal verificarsi dell'emergenza. Non vengono incluse in questa definizione le cure dentali di routine, gli interventi chirurgici odontoiatrici, le protesi dentali, i trattamenti ortodontici o le cure parodontali. Se tali prestazioni sono comprese nella copertura, queste verranno elencate separatamente nell'Elenco delle prestazioni.
- 1.09 **Cure dentali:** includono un check-up dentistico annuale, le otturazioni, la cura della carie, il trattamento del canale della radice ed i farmaci odontoiatrici prescritti.
- 1.10 **Cure parodontali:** si riferiscono ai trattamenti dentali correlati ai disturbi gengivali.
- 1.11 **Cure post-natali:** cure mediche di routine necessarie per la puerpera durante le sei settimane dopo il parto.

- 1.12 **Cure pre-natali:** controlli di routine e test di accertamento solitamente richiesti durante la gravidanza. Per le donne che abbiano compiuto i 35 anni di età, fra i controlli di routine si annoverano anche il triplo test e il quadruplo test, i test per la diagnosi della spina bifida, l'amniocentesi e l'analisi del DNA (se direttamente correlata all'amniocentesi coperta).
- 1.13 **Domicilio:** si riferisce al luogo in cui una persona dimora con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente. Tale termine viene definito dal Codice Civile Svizzero (Schweizerisches Zivilgesetzbuch) (articoli 23 – 26, SR 210).
- 1.14 **Emergenza:** è l'insorgenza di una condizione sanitaria improvvisa e impreveduta oppure un incidente che richiede assistenza medica urgente ed immediata. Vengono considerate cure d'emergenza solo le cure iniziate entro 24 ore dall'evento che le ha determinate.
- 1.15 **Evacuazione medica:** l'assicurato viene trasportato al centro medico idoneo più vicino tramite ambulanza, elicottero o aeroplano. La preghiamo di fare riferimento al capitolo "Descrizione della copertura" per ulteriori informazioni.
- 1.16 **Familiare a carico:** coniuge o compagno/a del titolare della polizza (incluso dello stesso sesso) e/o figli non sposati (inclusi i figliastri, i figli in adozione o quelli in affidamento) di età inferiore ai 18 anni (o ai 24 anni se studenti a tempo pieno) finanziariamente dipendenti dall'assicurato ed indicati come familiari a carico nella Polizza assicurativa del titolare della polizza.
- 1.17 **Farmaci odontoiatrici prescritti:** farmaci prescritti da un dentista per il trattamento di un'infezione o di un'infiammazione o infezione dentale. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmaceutica del Paese in cui sono prescritti.
- 1.18 **Fisioterapia (senza prescrizione medica):** è un trattamento eseguito da un fisioterapista abilitato senza impegnativa del medico curante. Se questa prestazione è inclusa nel suo programma, la copertura è limitata al numero di sedute indicato nell'Elenco delle prestazioni. Se fosse necessario ricevere sedute aggiuntive a quelle indicate, sarà necessario presentare l'impegnativa del medico curante affinché la copertura continui, dal momento che le sedute aggiuntive saranno coperte dalla prestazione separata chiamata "Fisioterapia (su prescrizione medica)". La fisioterapia non include i seguenti trattamenti: il Rolfing, i massaggi, il metodo Pilates, il metodo Milta e la fangoterapia.
- 1.19 **Fisioterapia (su prescrizione medica):** è un trattamento prescritto da un medico ed eseguito da un fisioterapista abilitato. La fisioterapia è inizialmente limitata a 24 sedute per patologia, in seguito alle quali viene richiesta un'ulteriore visita di controllo da parte del medico che ha richiesto la fisioterapia per il paziente. Nel caso in cui dovessero essere necessarie ulteriori sedute, il medico dovrà fornire alla compagnia assicurativa un nuovo certificato attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti. La fisioterapia su prescrizione in seguito ad un trattamento in regime di ricovero sarà coperta dalla prestazione "Trattamento di riabilitazione".
- 1.20 **Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'assicurato e che viene dedotto dalla cifra rimborsabile. Se l'assicurato ha selezionato una franchigia per la propria polizza, questa si applica a persona, a Periodo assicurativo, a meno che non sia indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni. Le franchigie possono applicarsi in maniera indipendente ad un singolo programma, ad esempio al Programma principale, al Programma fuori ricovero, al Programma di cure dentali o al Programma di rimpatrio sanitario - oppure possono applicarsi in maniera cumulativa alla combinazione di tutti i programmi scelti dall'assicurato.
- 1.21 **Gravidanza:** periodo compreso tra la data di diagnosi biologica dello stato di gravidanza e il parto. La preghiamo di fare riferimento al capitolo "Descrizione della copertura" per ulteriori informazioni.
- 1.22 **Indennità di ricovero:** è l'importo pagato all'assicurato quando riceve gratuitamente delle prestazioni in regime di ricovero coperte dalla polizza e né l'assicurato né alcuna compagnia assicurativa devono pagarne il costo. L'indennità viene pagata per notte, fino all'ammontare e al numero massimo di notti specificato nell'Elenco delle prestazioni, e viene pagata solo dopo la dimissione dall'ospedale.

II. Definizioni

- 1.23 **Infortunio:** qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (LPGA, SR 830.1 articolo 4 "Infortunio").
- 1.24 **Intervento chirurgico orale e maxillo-facciale:** si riferisce all'intervento chirurgico eseguito da un chirurgo orale e maxillo-facciale in un ospedale, per il trattamento di: patologie del cavo orale, disfunzione dell'articolazione temporo-mandibolare, fratture delle ossa facciali, deformazione congenita della mascella, disfunzioni delle ghiandole salivari e tumori. L'estrazione chirurgica di denti inclusi e gli interventi di chirurgia ortognatica per la correzione della malocclusione, anche quando eseguiti da un chirurgo orale e maxillo-facciale, non sono coperti se l'assicurato non ha selezionato un Programma dentale.
- 1.25 **LCA** si riferisce alla Legge federale svizzera sul contratto d'assicurazione, una legge federale svizzera che regola i contratti assicurativi.
- 1.26 **Logopedia:** si riferisce alle cure dispensate da un logopedista qualificato, necessarie per diagnosticare difetti fisici quali, ad esempio, ostruzioni nasali, difetti neurogenici (come la paresi della lingua o le lesioni cerebrali) o difetti dell'articolazione della struttura orale (ad esempio, la palatoschisi).
- 1.27 **Malattia:** si riferisce a qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta (LPGA, SR 830.1 articolo 3 "Malattia").
- 1.28 **Materiali e dispositivi chirurgici:** sono tutti i materiali necessari per un'operazione chirurgica, come parti del corpo artificiali, oppure dispositivi quali materiali per l'artroplastica, viti e placche di fissaggio, protesi per la sostituzione di valvole cardiache, protesi endovascolari, defibrillatori impiantabili e stimolatori cardiaci.
- 1.29 **Medicina alternativa:** si riferisce alle terapie e ai trattamenti che esulano dalla medicina convenzionale dei Paesi occidentali. Verifichi sul suo Elenco delle prestazioni se i seguenti trattamenti sono coperti: trattamenti chiropratici, osteopatici ed omeopatici, medicina naturale cinese (erbe), agopuntura e podologia (ove praticati da terapeuti autorizzati).
- 1.30 **Medicinali prescritti:** ci si riferisce ai prodotti comprendenti, a titolo esplicativo e non esaustivo, insulina, aghi ipodermici e siringhe, acquistabili solo dietro presentazione di una ricetta medica per la cura di una patologia diagnosticata o per l'integrazione di sostanze basilari nell'organismo. I medicinali prescritti devono essere di comprovata efficacia per curare la condizione medica del paziente e devono essere approvati dall'autorità regolatrice in materia farmacologica del Paese in cui vengono prescritti.
- 1.31 **Medico generico:** dottore in medicina in possesso di regolare abilitazione alla professione nel Paese in cui la esercita, nei limiti previsti dalla stessa abilitazione.
- 1.32 **Medico specialista:** dottore in medicina abilitato all'esercizio della professione medica e in possesso di ulteriori qualifiche ed esperienza, tali da consentirgli l'esercizio di tecniche diagnostiche, terapeutiche e preventive in campi specifici della medicina. Gli psichiatri e gli psicologi non si considerano specialisti. Se la copertura prevede trattamenti psichiatrici o sedute di psicologia, questi saranno indicati nell'Elenco delle prestazioni come prestazioni separate.
- 1.33 **Membri della famiglia:** sono i familiari di primo grado, quali il coniuge/compagno, i genitori, il fratello, la sorella oppure i figli, i figli in adozione, in affidamento e i figliastri.
- 1.34 **Necessità medica:** si riferisce a trattamenti, servizi o forniture sanitari che sono stati oggettivamente identificati come necessari ed appropriati da un medico. Tali trattamenti devono essere:
- essenziali per identificare o curare la patologia, malattia o lesione del paziente;
 - compatibili con la sintomatologia, la diagnosi e la terapia;
 - in linea con la prassi medica generalmente seguita e con gli standard della professione medica comunemente accettati. Ciò non si applica ai metodi di medicina alternativa se coperti dalla polizza;
 - necessari per motivi che esulano dalla semplice comodità e convenienza del paziente e/o del medico;

- e. di indubbio e dimostrato valore medico. Ciò non si applica ai metodi di medicina alternativa se coperti dalla polizza;
- f. riconosciuti come i più appropriati in quanto a tipologia e qualità;
- g. forniti in una struttura idonea ed in modo consono alle esigenze mediche del paziente in termini di strumenti utilizzati e livello delle cure prestate;
- h. forniti solo per un periodo di tempo adeguato.

Si definisce “appropriato” quel trattamento che meglio si adegua alla situazione sanitaria del paziente assicurato, con riferimento tanto alla sicurezza del paziente quanto alla convenienza dei costi. Quando l’espressione “necessità medica” si riferisce a un trattamento in regime di ricovero, indica l’impossibilità di effettuare lo stesso trattamento fuori ricovero o di garantire che venga eseguito in modo sicuro ed efficace fuori ricovero.

- 1.35 **Obesità:** la diagnosi di obesità è applicabile agli individui il cui indice di massa corporea (IMC) risulti superiore a 30 (un calcolatore dell’IMC è disponibile sul seguente sito web: www.allianzworldwidecare.com).
- 1.36 **Occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso):** copre l’acquisto di lenti a contatto o occhiali necessari alla correzione della vista. La prestazione include anche il rimborso di una visita oculistica per periodo assicurativo presso un oculista, optometrista o oftalmologo.
- 1.37 **Oncologia:** si riferisce all’onorario di specialisti, al costo di esami diagnostici, della radioterapia, della chemioterapia e alle spese ospedaliere relazionate alla cura delle patologie oncologiche fin dal momento della loro diagnosi. La compagnia coprirà anche il costo per l’acquisto di una parrucca per i casi di perdita di capelli dovuta ad un trattamento per la cura del cancro.
- 1.38 **Onorario del dietologo/nutrizionista:** si riferisce al costo delle visite effettuate da un dietologo o nutrizionista professionista, il quale possiede una qualifica ed è in possesso di regolare abilitazione alla professione nel Paese in cui la esercita. Se questa prestazione è inclusa nel suo programma, la copertura è fornita solo in presenza di condizioni mediche diagnosticate e coperte dal programma.
- 1.39 **Onorario dell’ostetrica:** spese di retribuzione per un’ostetrica o assistente al parto che, in conformità alla legislazione locale, abbia ricevuto adeguata preparazione e superato i necessari esami statali.
- 1.40 **Onorario di medico generico:** si riferisce al costo di una prestazione non chirurgica fornita o gestita da un medico generico.
- 1.41 **Onorario di medico specialista:** si riferisce alle spese per cure e trattamenti non chirurgici eseguiti da un medico specialista.
- 1.42 **Ortodonzia:** correzione della malocclusione e dell’allineamento dei denti per mezzo di apparecchi correttivi. La prestazione copre solamente i trattamenti di ortodonzia che prevedono l’uso di apparecchi fissi metallici standard o apparecchi rimovibili standard. Il costo delle protesi dentali cosmetiche come gli apparecchi linguali e gli allineatori invisibili è coperto solo fino ad un ammontare pari all’usuale costo degli apparecchi dentali metallici (soggetto al massimale della prestazione “Trattamenti ortodontici e protesi dentali”).
- 1.43 **Ospedale:** struttura sanitaria ospedaliera riconosciuta nel Paese in cui opera, in cui l’assicurato viene costantemente seguito da un medico professionista. Non vengono considerate ospedali le seguenti strutture: case di cura e/o di riposo, stazioni termali, centri di benessere e salute.
- 1.44 **Paese di origine:** il Paese di origine oppure il Paese di cittadinanza dell’assicurato.
- 1.45 **Patologia cronica:** disturbo, malattia, patologia, lesione o ferita che richiede attenzioni mediche (visita di controllo o trattamenti) almeno una volta all’anno, è di natura ricorrente, senza una cura generalmente accettata e che risponde ai trattamenti solo in misura limitata.

- 1.46 **Patologie preesistenti:** malattie o eventuali condizioni mediche da queste derivanti i cui sintomi hanno iniziato a manifestarsi durante la vita dell'assicurato e la cui esistenza sia stata dichiarata nel modulo di Richiesta di sottoscrizione (articoli 4 e 5 LCA). Tali patologie preesistenti saranno soggette ad obbligo di dichiarazione e a valutazione dello stato di salute. La mancata dichiarazione di esse risulterà nella cancellazione della sua polizza (articoli 6 e 98 LCA). La preghiamo di fare riferimento alla sua Polizza di assicurazione per verificare quali patologie preesistenti sono coperte.
- 1.47 **Periodo assicurativo:** decorre dall'effettiva data di inizio dell'assicurazione, come indicato sulla Polizza di assicurazione, e termina sempre il 31 di dicembre. La preghiamo di fare riferimento al Paragrafo 8 "Ciclo di vita della sua polizza" alle pagine 24 e 25.
- 1.48 **Periodo di carenza:** periodo decorrente dalla data di inizio della copertura (o data di entrata in vigore per i familiari a carico), durante il quale l'assicurato non ha diritto alla copertura di una determinata prestazione. Le prestazioni soggette a periodi di carenza vengono indicate nell'Elenco delle prestazioni.
- 1.49 **Podologia:** si riferisce ad un trattamento clinicamente necessario, effettuato da un professionista in possesso di una laurea e di un'abilitazione statale.
- 1.50 **Polizza di assicurazione:** documento rilasciato dalla compagnia assicurativa che spiega i dettagli della sua copertura. Il documento conferma l'esistenza di un contratto tra l'assicurato e la compagnia assicurativa.
- 1.51 **Precedenti familiari:** esistono quando a un genitore, a un nonno, a un fratello, a un figlio o a uno zio è stata precedentemente diagnosticata la patologia del caso.
- 1.52 **Precedenti familiari diretti:** esistono quando a un genitore, a un nonno, a un fratello o a un figlio è stata precedentemente diagnosticata la patologia del caso.
- 1.53 **Protesi dentali:** corone, capsule, otturazioni, ricostruzioni adesive, restauri, ponti, dentiere ed impianti, nonché tutti i trattamenti supplementari necessari.
- 1.54 **Psichiatria e psicoterapia:** sono i trattamenti inerenti a disturbi mentali, forniti da uno psichiatra o da uno psicologo clinico. Tali disturbi devono essere clinicamente significativi e non causati da eventi particolari, quali un lutto, problemi nel relazionarsi con gli altri, problemi accademici, di integrazione culturale o lo stress lavoro-correlato. Se le cure psichiatriche o la psicoterapia vengono fornite in regime di ricovero o in day-hospital, devono includere anche i farmaci prescritti per la cura della patologia del caso. La psicoterapia in ricovero e fuori ricovero viene coperta solo quando la patologia del caso sia inizialmente diagnosticata da uno psichiatra e poi sottoposta all'attenzione specifica di uno psicologo clinico che amministra la cura dietro impegnativa dello psichiatra. Se inclusa nel programma assicurativo, la psicoterapia fuori ricovero è inizialmente coperta fino a un massimo di 10 sedute per patologia, al termine delle quali lo psichiatra che ha firmato l'impegnativa deve analizzare nuovamente la situazione del paziente. Nel caso in cui dovessero essere necessarie ulteriori sedute, il medico dovrà fornire alla compagnia assicurativa un certificato attestante la necessità medica di ulteriori trattamenti.
- 1.55 **Rimpatrio sanitario:** è il trasporto dell'assicurato, tramite ambulanza, elicottero o aereo, al suo Paese di origine per ricevere cure nella struttura sanitaria più idonea. La preghiamo di fare riferimento al capitolo "Descrizione della copertura" per ulteriori informazioni.
- 1.56 **Scoperto:** percentuale dei costi dei trattamenti sanitari a carico dell'assicurato. Gli scoperti si applicano a persona, a Periodo assicurativo, a meno che non sia indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni. Il programma selezionato dall'assicurato potrebbe prevedere un limite massimo di scoperto a persona e a Periodo assicurativo e, in questo caso, lo scoperto a carico dell'assicurato non può superare il limite indicato nell'Elenco delle prestazioni. Gli scoperti possono applicarsi in maniera indipendente a un singolo programma, ad esempio al Programma principale, al Programma fuori ricovero, al Programma di copertura della Maternità, al Programma di cure dentali o al Programma di rimpatrio sanitario - oppure possono applicarsi in maniera cumulativa alla combinazione di tutti i programmi scelti dall'assicurato.

- 1.57 **Servizio di autoambulanza:** è il trasporto in ambulanza fino al più vicino ed appropriato centro sanitario, richiesto nei casi d'emergenza o di necessità medica.
- 1.58 **Supporti sanitari prescritti:** sono strumenti o apparecchi prescritti e necessari dal punto di vista medico per rimpiazzare, facilitare o integrare delle capacità fisiche danneggiate e supportare l'assicurato nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana. In aggiunta a dover essere necessari dal punto di vista medico (veda la definizione 1.34), devono presentarsi anche i seguenti requisiti:
- garantire il successo del trattamento e l'adeguamento alla disabilità;
 - e
 - aiutare il processo di cura e nel contempo alleviare i disagi o facilitare uno stile di vita maggiormente indipendente.
- Non sono compresi nella copertura i costi dei supporti medici facenti parte di un trattamento palliativo o a lungo termine (a questo proposito, consulti le definizioni 1.73 e 1.65).
- 1.59 **Terapeuta:** è un chiroprapeuta, osteopata, erborista cinese, omeopata, agopunturista, fisioterapista, logopedista, ergoterapeuta o terapeuta oculomotore, qualificato e riconosciuto legalmente nel Paese in cui esercita e in cui viene effettuato il trattamento.
- 1.60 **Terapia occupazionale** è una terapia finalizzata ad aiutare il paziente nello sviluppo delle capacità grosso-motorie, della motricità fine, dell'integrazione sensoriale, del coordinamento, dell'equilibrio e di altre attività (ad esempio, vestirsi, mangiare, lavarsi, pettinarsi e così via), al fine di migliorare la qualità della vita quotidiana del paziente e le interazioni fisiche e sociali. Un certificato sul progresso della terapia deve essere presentato dopo 20 sedute.
- 1.61 **Terapia oculomotoria:** è uno speciale tipo di terapia occupazionale volta a stimolare la sincronizzazione del movimento oculare nei casi in cui si presenti una mancanza di coordinazione dei muscoli dell'occhio.
- 1.62 **Test diagnostici:** sono indagini (come le radiografie o le analisi del sangue) effettuate per determinare la causa dei sintomi presentati da un paziente.
- 1.63 **Tipologia di camera:** camera d'ospedale privata o condivisa come indicato nell'Elenco delle prestazioni. Non è coperta la sistemazione in camere di lusso o in suite. La preghiamo di considerare che la prestazione "Tipologia di camera in ospedale" può essere utilizzata solo quando le spese di degenza ospedaliera per il trattamento in regime di ricovero richiesto non sono coperte da nessun'altra prestazione inclusa nel suo programma. In questo caso, i costi di degenza ospedaliera vengono coperti dalla prestazione specifica riguardante i trattamenti in regime di ricovero, fino al massimale previsto dalla copertura assicurativa. Le seguenti prestazioni (se incluse nel suo programma) sono esempi di prestazioni in regime di ricovero che includono la copertura delle spese di degenza ospedaliera, fino al massimale previsto dalla copertura assicurativa: "Cure psichiatriche e psicoterapia", "Trapianto di organi", "Oncologia", "Maternità", "Trattamento palliativo" e "Trattamento a lungo termine".
- 1.64 **Trapianto di organi:** è la procedura chirurgica per il trapianto di organi e/o tessuti (cuore, valvola cardiaca, cuore/polmoni, fegato, pancreas, pancreas/rene, rene, midollo osseo, paratiroide, trapianto scheletro/muscolare e trapianto di cornea). Le spese sostenute per l'acquisto degli organi non sono coperte.
- 1.65 **Trattamento:** procedura medico/sanitaria necessaria per curare una malattia o lesione.
- 1.66 **Trattamento a lungo termine:** si riferisce ai trattamenti somministrati per un periodo di tempo prolungato dopo la cessazione delle terapie urgenti, solitamente a pazienti affetti da patologie o invalidità croniche che necessitano di cure periodiche, intermittenti o continue. Le cure possono essere prestate presso il domicilio, presso strutture comunitarie, presso un ospedale o presso una casa di cura. Si prega di notare che i trattamenti forniti presso case di cura o centri termali non sono coperti.

- 1.67 **Trattamento contro la sterilità:** si riferisce alle cure prestate a persone di entrambi i sessi e comprendenti tutte le procedure di diagnosi a carattere invasivo necessarie per individuare la causa della sterilità, quali l'isterosalpingografia, la laparoscopia o l'isteroscopia. In caso di fecondazione in vitro (FIV) la copertura è limitata al massimale specificato nell'Elenco delle prestazioni. Se nel suo Elenco delle prestazioni non compare la prestazione "Trattamento contro la sterilità", le indagini non invasive volte ad individuare le cause della sterilità saranno comunque coperte dal Programma fuori ricovero (se compreso nella polizza). I trattamenti in regime di ricovero per i neonati frutto di parti gemellari conseguenti a trattamenti di riproduzione assistita sono coperti fino a un massimo di 39.000 CHF per neonato per i primi tre mesi di vita. I trattamenti fuori ricovero, invece, sono coperti dal Programma fuori ricovero (se selezionato).
- 1.68 **Trattamento di riabilitazione:** è un trattamento (che può essere una combinazione di terapie diverse come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia) mirato a riportare il paziente al normale aspetto e/o funzionamento fisico dopo una malattia acuta o una lesione. La copertura viene garantita solo quando il trattamento incomincia entro 14 giorni dalla dimissione del paziente dall'ospedale al termine di un periodo intenso di trattamento o dopo un intervento chirurgico, e solo quando il trattamento di riabilitazione avviene in un centro abilitato dallo stato.
- 1.69 **Trattamento fuori ricovero:** cure prestate nell'ambulatorio di un medico generico, terapeuta o specialista, senza che si renda necessario il ricovero ospedaliero del paziente.
- 1.70 **Trattamento in day-hospital:** è un trattamento programmato e ricevuto in un ospedale o in altra struttura sanitaria durante il giorno, senza che vi venga trascorsa la notte, e per il quale viene emesso un certificato di dimissione.
- 1.71 **Trattamento in regime di ricovero:** trattamento ricevuto in un ospedale o clinica dove si renda necessario il pernottamento.
- 1.72 **Trattamento oculistico a mezzo laser:** si riferisce agli interventi chirurgici (nonché alle necessarie indagini pre-operatorie) volti a incrementare la rifrazione della cornea utilizzando la tecnologia laser.
- 1.73 **Trattamento ortomolecolare:** trattamento mirato a ristabilire l'ambiente ecologico ottimale per le cellule tramite la correzione delle insufficienze a livello molecolare in base alla biochimica individuale. Il trattamento richiede l'utilizzo di sostanze naturali, quali vitamine, minerali, enzimi ed ormoni.
- 1.74 **Trattamento palliativo:** si riferisce a cure prolungate volte ad alleviare le conseguenze fisiche e/o psicologiche di patologie a carattere progressivo e incurabile e a mantenere una qualità di vita accettabile. Il trattamento palliativo può essere ricevuto a domicilio, in ricovero ospedaliero o in day-hospital, da pazienti cui siano state diagnosticate patologie terminali da cui non ci si aspetta una guarigione. Questa prestazione include cure fisiche e psicologiche, nonché il soggiorno presso un ospedale o un centro di assistenza e la fornitura di assistenza medica e medicinali prescritti. Si prega di notare che i trattamenti forniti presso case di cura o centri termali non sono coperti.
- 1.75 **Trattamento preventivo:** trattamento prestato in assenza di sintomatologia clinica al momento dell'esecuzione. Un esempio di trattamento preventivo può essere l'asportazione di un'escrescenza pre-cancerogena.
- 1.76 **Vaccinazioni:** si riferisce alle immunizzazioni di base e ai richiami delle vaccinazioni richiesti per legge o raccomandati dalle autorità svizzere (Ministero della Salute, Ministero degli Affari Esteri) o da quelle del Paese di destinazione di un viaggio, ad ogni vaccinazione di viaggio necessaria e alla profilassi antimalarica. Vengono coperti tanto le spese per la consulta medica relativa alla vaccinazione quanto il costo della sostanza da iniettare.
- 1.77 **Visite di controllo della salute e test di prevenzione delle malattie:** includono le visite di controllo, i test e le analisi effettuate a intervalli appropriati e in assenza di sintomatologie cliniche. I controlli si limitano a:
- esame obiettivo;
 - analisi del sangue (emocromo, profilo biochimico e lipidico, test di funzionalità tiroidea, epatica e renale);

- esami di screening cardiovascolare (esame obiettivo, elettrocardiogramma, pressione sanguigna);
- esami neurologici (esame obiettivo);
- screening oncologico:
 - Pap test annuale;
 - mammografia (una ogni due anni per donne dai 45 anni in su - o più giovani, in caso di precedenti familiari);
 - esami di prevenzione del cancro alla prostata (uno all'anno per uomini dai 50 anni in su - o più giovani, in caso di precedenti familiari);
 - colonscopia (una ogni cinque anni per persone da i 50 anni in su, oppure dai 40 anni in su in caso di precedenti familiari);
 - screening annuale del sangue occulto nelle feci;
- densitometria ossea (una ogni cinque anni per donne dai 50 anni in su);
- check-up del bambino (fino all'età di sei anni e per un massimo di 15 visite nell'arco della vita del bambino);
- test genetici BRCA1 e BRCA2 (in caso di precedenti familiari diretti - prestazione coperta solo se appare nel proprio Elenco delle prestazioni).

III. Esclusioni

Sebbene la compagnia assicurativa copra la maggior parte dei trattamenti necessari dal punto di vista medico, la copertura non include le prestazioni, condizioni mediche e procedure sanitarie elencate in questo capitolo, a meno che non si specifichi diversamente nell'Elenco delle prestazioni o in altri documenti di polizza.

1. Qualsiasi forma di **trattamento o terapia farmacologica** avente, a ragionevole opinione della compagnia assicurativa, carattere **sperimentale** o non dimostrato in base ai criteri medici ufficialmente riconosciuti. Ciò non si applica ai metodi di medicina alternativa se coperti dalla polizza.
2. Qualsiasi **trattamento effettuato da un chirurgo plastico**, indipendentemente dalle ragioni mediche e/o psicologiche che possono averlo reso necessario, e qualsiasi trattamento cosmetico o estetico che sia mirato a migliorare l'aspetto fisico, persino quando sia prescritto da un medico. L'unica eccezione è la ricostruzione chirurgica necessaria al ripristino delle funzionalità o dell'aspetto a seguito di un incidente con conseguenze gravi per l'aspetto dell'assicurato o di un intervento chirurgico oncologico, laddove l'incidente o l'intervento avvengono durante il periodo di validità della polizza.
3. **Le cure e/o i trattamenti per alcolismo o tossicodipendenza** (terapie per la disintossicazione e per smettere di fumare incluse).
4. **In caso di grave negligenza o qualora un incidente venga causato intenzionalmente**, in particolare in caso di abuso di alcool e di altri farmaci, il pagamento delle prestazioni potrebbe essere ridotto o rifiutato per i casi più seri.
5. Le cure e/o i trattamenti per **patologie causate intenzionalmente o per lesioni auto-provocate**, tentativi di suicidio compresi.
6. **I trattamenti di medicina alternativa**, se non espressamente inclusi nell'Elenco delle prestazioni.
7. Le **visite mediche, i trattamenti e le prescrizioni forniti dallo stesso assicurato, dal coniuge, dai genitori o dai figli**.
8. Costi relativi all'**onorario di un terapeuta familiare o di uno psicologo** per cure di psicoterapia fuori ricovero.
9. **Le faccette estetiche (odontoiatria)** ed i procedimenti relativi alla loro applicazione.

10. Il **ritardo dello sviluppo infantile**, a meno che il bambino non raggiunga lo stadio evolutivo consono alla sua età nell'area cognitiva o fisica. Non sono coperti i casi di minimo o temporaneo ritardo evolutivo del bambino. L'entità del ritardo dello sviluppo deve essere stata valutata da personale qualificato, risultando pari ad almeno 12 mesi nell'area cognitiva o fisica.
11. Le spese per l'**acquisto di un organo**, comprese, ad esempio, la ricerca del donatore e la tipizzazione, le spese di rimozione e conservazione dell'organo, nonché le spese amministrative e di trasporto.
12. I trattamenti e le cure per **complicanze direttamente derivanti da malattie, patologie, infortuni e trattamenti esclusi dalla copertura o soggetti a limitazioni**.
13. I **test genetici**, facendo eccezione per: a) i casi in cui i test genetici sono coperti dal programma selezionato; b) i test del DNA quando sono strettamente correlati all'amniocentesi, laddove questa sia coperta (ovvero nel caso delle donne dai 35 anni in su); c) i test per i recettori ormonali dei tumori.
14. **Le visite mediche domiciliari**, ad eccezione dei casi in cui si rendano necessarie per un'improvvisa e acuta malattia che impedisca all'assicurato di recarsi personalmente dal proprio medico.
15. **Trattamenti contro la sterilità** (riproduzione assistita e/o relative complicanze comprese), a meno che nell'Elenco delle prestazioni non compaia la prestazione specifica "Trattamento contro la sterilità". Indipendentemente da ciò, se la polizza comprende un Programma fuori ricovero, questo copre le indagini non invasive volte a individuare le cause della sterilità (fino ai massimali del Programma fuori ricovero).
16. Le cure ed i trattamenti per la **caduta di capelli** o **eventuali trapianti tricologici**, eccezione fatta per i casi in cui la perdita di capelli sia dovuta a cure oncologiche.
17. I test ed i trattamenti contro l'**obesità**.
18. Test, trattamenti, cure e complicanze derivanti da **sterilizzazione, disfunzioni sessuali** (salvo quando la patologia del caso sia il risultato di una prostatectomia radicale conseguente a chirurgia oncologica) e **contraccezione**, tra cui si annoverano anche l'applicazione o la rimozione di dispositivi di contraccezione e/o di qualsiasi tipo di contraccettivo in genere, anche se prescritto da un medico. L'unica eccezione è rappresentata dai contraccettivi prescritti per la cura dell'acne da parte di un dermatologo.
19. Le evacuazioni mediche o i rimpatri sanitari da un'**imbarcazione in mare** a un centro medico a terra.

20. **L'onorario del medico per la compilazione di un modulo di Richiesta di rimborso** o altri costi amministrativi.
21. **I trattamenti ortomolecolari** (si prega di fare riferimento alla definizione 1.72).
22. I corsi per **gestanti e puerpere**.
23. Le **patologie preesistenti** (comprese eventuali patologie croniche preesistenti, vedere la definizione 1.46).
24. I prodotti classificati come **vitamine** o **minerali** (eccetto durante la gravidanza o in caso di insufficienza vitaminica clinicamente diagnosticata), nonché integratori e prodotti come, ad esempio, alimenti per lattanti e cosmetici, anche se raccomandati e/o prescritti da un medico o aventi effetti terapeutici riconosciuti. Le visite effettuate da un dietologo o nutrizionista sono coperte solo se la prestazione specifica appare nell'Elenco delle prestazioni.
25. Prodotti e medicine acquistabili senza **ricetta medica**.
26. **Le operazioni per il cambio di sesso** e relativi trattamenti.
27. I soggiorni presso **case di cura, terme e centri di benessere, stazioni climatiche e centri di recupero**, anche se prescritti da un medico.
28. **La logoterapia** correlata al ritardo dello sviluppo, alla dislessia, alla disprassia e ai disturbi del linguaggio.
29. **Le spese di viaggio** (costi di parcheggio compresi) affrontate per raggiungere e lasciare le strutture sanitarie in cui si ricevono i trattamenti coperti dall'assicurazione, eccezion fatta per le spese di viaggio coperte nell'ambito di prestazioni quali il servizio di ambulanza locale, l'evacuazione medica e il rimpatrio sanitario.
30. **Interruzione della gravidanza**, eccezion fatta per i casi di pericolo di vita per la madre.
31. Trattamenti direttamente correlati con la **maternità surrogata**, relativi tanto alla madre in affitto quanto al genitore committente.
32. Le cure ed i trattamenti per malattie, lesioni o incidenti derivanti da **eventi bellici e disordini (indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno), tumulti, insurrezioni civili, atti criminali, illegali o terroristici**.

33. I trattamenti e le cure relativi a patologie derivanti, direttamente o indirettamente, da **contaminazione chimica o radioattiva o da qualsiasi altro materiale nucleare**, combustione nucleare compresa.
34. Le cure attinenti a **disturbi del comportamento, disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività, autismo, negativismo sfidante, comportamento antisociale, disturbi ossessivo-compulsivi e fobici, disturbi dell'attaccamento, difficoltà di adattamento, del comportamento alimentare e della personalità**, nonché le terapie volte al miglioramento dei rapporti socio-emozionali, come la terapia familiare, se non indicato diversamente nell'Elenco delle prestazioni.
35. **Le terapie per i disturbi del sonno**, tra i quali si includono l'insonnia, l'apnea ostruttiva del sonno, la narcolessia, la roncopatia e il bruxismo.
36. I trattamenti o gli accertamenti diagnostici richiesti a seguito di **lesioni procurate durante la pratica di attività sportive a livello professionale**.
37. I trattamenti ricevuti **fuori dall'area geografica di copertura**, salvo nei casi di emergenza o nei casi in cui si sia ricevuta la nostra autorizzazione.
38. Le cure necessarie per **aver mancato di ricorrere al medico quando dovuto o per erroneo e/o incompleto rispetto di una terapia**.
39. Le cure necessarie **in conseguenza di errori medici**.
40. **Il triplo test, il quadruplo test o il test per la diagnosi della Spina Bifida**, eccezion fatta per le donne dai 35 anni in su.
41. **Test di misurazione dei marcatori tumorali**, a meno che al paziente sia stato precedentemente diagnosticato un cancro del tipo in questione. In questo caso, i test sono coperti dalla prestazione "Oncologia".
42. Tutti i **trattamenti, relative complicanze e spese mediche a seguire**, se non diversamente indicato nell'Elenco delle prestazioni:
 - 43.01 cure dentali d'emergenza;
 - 43.02 cure dentali, interventi chirurgici odontoiatrici, cure parodontali, ortodonzia e protesi dentali, ad eccezione di interventi chirurgici orali o maxillo-facciali coperti dalla polizza nei limiti del massimale del Programma principale;
 - 43.03 cure psichiatriche e psicoterapia fuori ricovero;
 - 43.04 cure psichiatriche e psicoterapia in regime di ricovero;
 - 43.05 complicanze della gravidanza;

III. Esclusioni

- 42.06 occhiali e lenti a contatto prescritti (esame della vista incluso);
- 42.07 onorari del dietologo/nutrizionista;
- 42.08 parto domiciliare;
- 42.09 trattamento oculistico a mezzo laser;
- 42.10 rimpatrio sanitario;
- 42.11 spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di decesso o pericolo di vita di un membro della famiglia;
- 42.12 spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione medica / rimpatrio sanitario;
- 42.13 spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di rimpatrio di salma;
- 42.14 spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- 42.15 supporti sanitari prescritti da un medico;
- 42.16 trapianto di organi;
- 42.17 trattamenti di riabilitazione;
- 42.18 trattamenti fuori ricovero;
- 42.19 maternità e complicanze del parto;
- 42.20 trattamenti preventivi;
- 42.21 trattamento contro la sterilità;
- 42.22 vaccinazioni;
- 42.23 visite di controllo della salute e test di prevenzione delle malattie.

IV. Condizioni generali

Vengono riportati di seguito importanti Termini e Condizioni che si applicano alla sua polizza.

- 1. Giurisdizione:** eccetto nei casi in cui norme e regolamenti obbligatori stabiliscono diversamente, il suo contratto assicurativo è soggetto alla legge svizzera, in particolare alla legge federale che regola i contratti assicurativi “Legge federale svizzera sul contratto d’assicurazione, LCA”. Eventuali controversie che non possano essere risolte diversamente devono essere sottoposte alla giurisdizione dei tribunali svizzeri presso il domicilio della persona assicurata (o della persona che ha il diritto di chiedere il rimborso delle spese mediche) o presso il domicilio della compagnia assicurativa.
- 2. Procedimenti legali:** eventuali procedimenti legali relativi alla presente polizza sono soggetti ad un termine di prescrizione di due anni dalla data in cui si verifica l’evento che dà origine al procedimento legale (articolo 46 LCA).
- 3. Sanzioni applicabili:** questa polizza potrebbe non offrire copertura o delle prestazioni se la copertura o le prestazioni violano qualsiasi legge, regolamento o sanzione delle Nazioni Unite, dell’Unione Europea, della Svizzera o di qualsiasi altro spazio economico di rilevanza.
- 4. Informativa sulla protezione dei dati personali**
 - a. L’utilizzo dei dati personali è essenziale per condurre le operazioni assicurative. Nell’utilizzare i dati personali ottemperiamo alla Legge federale svizzera sulla protezione dei dati (LPD). Se necessario, otteniamo qualsiasi permesso necessario per il trattamento dei dati della persona assicurata. La compagnia ottiene e usa i dati personali dei propri clienti allo scopo di calcolare preventivi, valutare l’opportunità di concedere copertura assicurativa, riscuotere i premi, pagare le richieste di rimborso e per ogni altro scopo direttamente relazionato con l’amministrazione delle polizze, in conformità con l’assicurazione in essere. In primo luogo, le informazioni sulla persona assicurata vengono ottenute al momento della richiesta di sottoscrizione. Utilizziamo i dati personali anche allo scopo di migliorare i prodotti, così come per finalità interne di marketing.
 - b. Al fine di poter offrire una copertura assicurativa completa ed economica, i nostri servizi potrebbero venire in parte offerti da aziende terze giuridicamente indipendenti, sia a livello nazionale che internazionale. Tali compagnie potrebbero far parte del Gruppo Allianz oppure essere delle aziende partner. Allo scopo di adempiere alle proprie obbligazioni contrattuali, la compagnia assicurativa potrebbe in alcuni casi condividere le informazioni personali dell’assicurato sia all’interno che all’esterno del gruppo. Immagazziniamo i dati, in formato elettronico o fisico, in conformità con tutte le disposizioni di legge applicabili e pertinenti. Le persone assicurate i cui dati personali utilizziamo, in conformità con la Legge federale svizzera sulla protezione dei dati (LPD),

hanno il diritto di richiedere se e quali loro dati utilizziamo, e possono anche richiedere la rettifica di eventuali dati incorretti.

5. Periodo di riflessione

- a. Secondo i termini della polizza, l'assicurato può cancellare il proprio contratto inviando una richiesta scritta entro 30 giorni dalla data di ricezione dei Termini e Condizioni della polizza, oppure entro 30 giorni dalla data di inizio della polizza, se questa è posteriore alla prima. Per quanto riguarda le modifiche al premio, veda le informazioni pertinenti al Paragrafo 6 ("Premio").
- b. La cancellazione della copertura non può essere retrodatata.
- c. Per cancellare la propria polizza, deve compilare il modulo "Cambiare idea è un suo diritto", incluso nel suo Membership Pack. Il modulo deve essere inviato al seguente indirizzo e-mail: underwriting@allianzworldwidecare.com. In alternativa, può inviare il modulo per posta all'Ufficio servizi al cliente (Client Services Team), all'indirizzo fornito nell'ultima pagina di questa guida.
- d. Se cancella il contratto entro questo periodo di 30 giorni, avrà diritto al rimborso del premio per ogni persona assicurata cancellata (veda le informazioni pertinenti al Paragrafo 6, "Premio").
- e. Se il contenuto della polizza o delle modifiche non è conforme a quanto stabilito dalla persona assicurata e dalla compagnia assicurativa, l'assicurato deve richiederne la correzione entro quattro settimane dalla ricezione dei Termini e Condizioni della polizza. Se l'assicurato non richiede la correzione del contenuto, esso sarà considerato accettato (articolo 12 LCA).

6. Premio

- a. Per ogni Periodo assicurativo, il premio corrispondente viene calcolato sulla base delle seguenti variabili: età dell'assicurato e di ciascun familiare a carico alla data di inizio del Periodo assicurativo; area geografica di copertura selezionata; Paese principale di residenza del titolare della polizza; tasso del premio in vigore; altri fattori di rischio che possano incidere significativamente sul premio assicurativo.
- b. Nell'accettare l'offerta di copertura secondo i Termini e le Condizioni proposte dalla compagnia assicurativa, automaticamente l'assicurato accetta anche di pagare il premio indicato nel suo preventivo, nel quale si indica anche il metodo di pagamento applicabile. A seconda del metodo di pagamento scelto, sono disponibili i seguenti frazionamenti del pagamento del premio: mensile, trimestrale, semestrale o annuale. In caso di discrepanza tra il premio concordato nel preventivo e il premio riportato in fattura, ci contatti immediatamente. La compagnia non si assume alcuna responsabilità per i pagamenti effettuati tramite terzi.

- c. Si applicano le seguenti frequenze di pagamento:

Frequenza di pagamento:	Scadenza:
Mensile	Primo giorno di ogni mese
Trimestrale	Primo giorno di ogni trimestre
Semestrale	1° di luglio e 1° di gennaio
Annuale	1° di gennaio

- d. Se l'assicurazione inizia durante l'anno in corso, il pagamento del premio per la prima rata o per l'intero ammontare (a seconda della frequenza di pagamento scelta) è dovuto entro il primo giorno della sua copertura assicurativa, salvo se concordato diversamente nel Contratto aziendale.
- e. Se il premio iniziale o successivo non viene pagato in tempo e nell'ammontare completo, sospenderemo la sua copertura 14 giorni dopo averle inviato il promemoria scritto finale (articoli 20-21 LCA). Se non intraprendiamo un'azione legale per il recupero del premio, la polizza verrà considerata automaticamente annullata due mesi dopo la scadenza del termine di preavviso di 14 giorni (articoli 20-21 LCA) e non le verrà inviata alcuna ulteriore lettera di recesso.
- f. Il premio può essere modificato annualmente a causa dei costi sanitari in aumento e dei costi delle richieste di rimborso. La informeremo in merito all'ammontare del nuovo premio entro il 31 ottobre. Qualora desiderasse cancellare la copertura con noi, potrà farlo comunicandolo per iscritto entro l'ultimo giorno lavorativo di novembre.
- g. In caso di cessazione o risoluzione anticipata del Contratto assicurativo, si applica l'articolo 24 LCA.
- h. Le richieste di rimborso inoltrate non possono essere compensate con il premio.
- i. Il premio dovrebbe essere pagato in Franchi svizzeri (CHF). Se per qualsiasi motivo non le fosse possibile provvedere al pagamento, ci contatti al numero: +353 1 630 1305. I termini di pagamento possono essere cambiati a mezzo richiesta scritta solo al momento del rinnovo della polizza: la compagnia assicurativa deve ricevere la richiesta entro e non oltre il 1° di dicembre.

7. Cambiare Paese di residenza

- a. L'assicurato deve informare la compagnia assicurativa quando intende trasferire la propria residenza in un altro Paese, dal momento che il cambio di residenza potrebbe avere effetti sulla copertura o sul premio (anche se il Paese di destinazione è incluso nella propria area

geografica di copertura). La sua copertura non sarà più valida se il suo nuovo Paese di residenza non si trova all'interno dell'area geografica di copertura selezionata.

- b. La preghiamo di considerare che in alcuni Paesi la copertura è soggetta a delle restrizioni legali locali in merito alla copertura assicurativa sanitaria, che si applicano soprattutto a coloro che sono permanentemente residenti in quel determinato Paese. L'assicurato ha la responsabilità di accertarsi che la propria copertura sanitaria sia idonea a fini di legge. Se dovesse avere dei dubbi in merito, le raccomandiamo di chiedere consiglio ad un consulente legale, dal momento che la compagnia assicurativa potrebbe trovarsi nell'impossibilità di continuare ad offrirle copertura assicurativa. La copertura assicurativa da noi fornita non è sostitutiva dell'assicurazione sanitaria locale obbligatoria (per esempio, per gli assicurati residenti in Svizzera, la nostra copertura non è legalmente appropriata come sostituto dell'assicurazione sanitaria obbligatoria svizzera LAMal).

8. Ciclo di vita della sua polizza

- a. Il suo diritto al rimborso delle spese mediche termina alla scadenza della sua polizza assicurativa. I rimborsi delle spese mediche sostenute dall'assicurato e coperte dalla polizza durante il periodo di validità della medesima vengono effettuati dalla compagnia assicurativa fino a due anni dopo la data del trattamento medico a cui si riferiscono. Tuttavia, i trattamenti medici che l'assicurato continui o inizi a ricevere dopo la data di scadenza della polizza non saranno più coperti.
- b. Il contratto assicurativo è attivo fino al 31 dicembre di ogni anno. Il contratto si rinnova in modo tacito per un ulteriore anno.
- c. Può interrompere il Contratto assicurativo dando un preavviso di tre mesi prima della fine di un anno solare. Il suo avviso di cancellazione della polizza è valido se è stato ricevuto per posta raccomandata prima della scadenza del termine di preavviso, al più tardi il 30 settembre.
- d. La preghiamo di informarci qualora non sia coperto o non sia più coperto dall'assicurazione sanitaria e contro gli infortuni sul lavoro obbligatoria in Svizzera. La preghiamo di notare che in questo caso la compagnia assicurativa si riserva il diritto di annullare il suo Contratto assicurativo.

Siamo responsabili solo per i costi non coperti dall'assicurazione sanitaria e contro gli infortuni sul lavoro obbligatoria in Svizzera. Se non ha o ha cessato di avere tale copertura assicurativa o se non è idoneo ad ottenere la copertura, non saremo responsabili per i costi che sarebbero stati coperti dall'assicurazione sanitaria e contro gli infortuni sul lavoro obbligatoria in Svizzera.

- e. La compagnia assicurativa rinuncia al diritto statutario di risoluzione del contratto, incluso nei casi di richieste di rimborso ai sensi dell'articolo 42 LCA. Il suo diritto di terminazione del Contratto assicurativo resta inalterato.
- f. Nel caso sfortunato in cui il titolare della polizza o un familiare a carico dovesse venire a mancare, la preghiamo di informarci per iscritto entro 28 giorni.

Per i rimborsi dei premi, faccia riferimento al Paragrafo 6.g "Premio".

In alternativa, se il deceduto era il titolare della polizza, il familiare a carico che appare subito dopo il titolare nella lista riportata sulla Polizza di assicurazione può scegliere di diventare il nuovo titolare e quindi di mantenere la polizza attiva: detto familiare a carico deve, però, avere superato l'età minima richiesta per i titolari di polizza. Può anche includere gli altri familiari a carico nella medesima Polizza. Se la richiesta di cambio del titolare della polizza viene effettuata entro 28 giorni dal decesso del titolare originario, la compagnia assicurativa potrebbe decidere di non applicare eventuali restrizioni o limitazioni aggiuntive a quelle che eventualmente potevano applicarsi alla copertura della polizza del titolare deceduto.

- g. Possiamo annullare il suo Contratto di assicurazione in caso di frode o di non divulgazione da parte dell'assicurato, in conformità con la legge svizzera. In caso di non divulgazione, possiamo annullare il suo Contratto di assicurazione in conformità agli articoli 4-6 LCA e all'articolo 40 LCA. Le scriveremo per informarla della cancellazione della sua polizza entro quattro settimane dalla data di scoperta della non divulgazione (articolo 6 LCA). La preghiamo di fare riferimento anche al Paragrafo 21 "Frode e omissione di informazioni".
- h. La copertura viene cancellata se si avvale del suo diritto descritto nella clausola "Periodo di riflessione" (veda il Paragrafo 5).
- i. Se la sua copertura viene cancellata, si cancella automaticamente anche la copertura dei suoi familiari a carico.

9. Processo di rimborso

- a. La persona assicurata deve inoltrare le eventuali richieste di rimborso entro due anni dalla data del trattamento. Dopo tale scadenza, la compagnia assicurativa non è più tenuta a pagare alcun rimborso (articolo 46 LCA).
- b. La sua richiesta di rimborso verrà evasa entro quattro settimane dalla ricezione (articolo 41 LCA).
- c. L'assicurato dovrà compilare un modulo di Richiesta di rimborso per ciascuna persona e per ciascun evento per il quale si richiede il rimborso.

IV. Condizioni generali

- d. È responsabilità dell'assicurato conservare la copia originale di tutti i documenti (ad esempio, le ricevute delle spese mediche) inoltrati in fotocopia insieme ai moduli di Richiesta di rimborso. La compagnia assicurativa ha il diritto di richiedere le copie originali all'assicurato in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, come parte del procedimento di revisione contabile. La compagnia assicurativa si riserva inoltre il diritto di richiedere all'assicurato un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute mediche inoltrate. È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con noi: la compagnia declina ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al proprio controllo.
- e. Se l'ammontare del rimborso da reclamare è inferiore a quello della franchigia prevista dal proprio programma assicurativo, l'assicurato deve conservare il modulo di Richiesta di rimborso e le ricevute relative, senza distruggerli o eliminarli. L'assicurato dovrà continuare a raccogliere i moduli di Richiesta di rimborso, sino a che l'importo totale delle Richieste di rimborso non risulti superiore all'importo della franchigia. Potrà a quel punto inviare tutti i moduli di Richiesta di rimborso compilati, unitamente alla relativa documentazione di supporto (ricevute e fatture).
- f. Si prega di specificare sul modulo di Richiesta di rimborso la valuta in cui si desidera ricevere il rimborso. Tuttavia, in alcune occasioni, la compagnia assicurativa potrebbe non essere in grado di effettuare il pagamento nella valuta richiesta a causa dei regolamenti bancari internazionali. Se ciò si verifica, il pagamento viene effettuato in una valuta alternativa e appropriata al caso dell'assicurato. Nel caso in cui fosse necessario eseguire una conversione tra due valute, viene utilizzato il tasso di cambio in vigore alla data in cui è stata emessa la fattura.
- g. Vengono rimborsate solo le spese corrispondenti a trattamenti coperti dalla polizza, nei limiti dei massimali previsti, dopo aver preso in considerazione eventuali Richieste di garanzia di pagamento (laddove richieste). Eventuali franchigie e scoperti indicati nell'Elenco delle prestazioni saranno presi in considerazione al momento del calcolo dell'ammontare del rimborso.
- h. Nel caso in cui il medico richieda al paziente di pagare una caparra prima di effettuare il trattamento, la compagnia rimborsa le spese solamente a trattamento concluso.
- i. L'assicurato e i familiari a carico si impegnano a fornire alla compagnia assicurativa tutte le informazioni necessarie per evadere le richieste di rimborso. Una volta ottenuto previo consenso, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di accedere a tutta la documentazione clinica dell'assicurato e a trattare direttamente con la struttura sanitaria o con il medico curante. Ove lo ritenga necessario, la compagnia si riserva il diritto di richiedere, a proprie spese, di sottoporre l'assicurato ad una visita medica presso uno dei suoi consulenti medici. Tutte le informazioni fornite saranno trattate con la massima

riservatezza. In caso di inosservanza degli obblighi descritti da parte dell'assicurato o dei suoi familiari a carico, la compagnia si riserva il diritto di sospendere la copertura.

10. Garanzia di pagamento: nell'Elenco delle prestazioni si indicano quali prestazioni sono soggette a preautorizzazione attraverso l'invio di un modulo di Garanzia di pagamento alla compagnia assicurativa. Nei casi in cui la Garanzia di pagamento non viene ottenuta per una prestazione che la richiede, si procederà come segue:

- a. Se la prestazione ricevuta in seguito dovesse risultare non necessaria per il paziente da un punto di vista medico, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di respingerne la Richiesta di rimborso relativa.
- b. Se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta in riferimento a una prestazione contrassegnata dalla nota 1 nell'Elenco delle prestazioni, **la compagnia assicurativa si riserva il diritto di respingerne la Richiesta di rimborso relativa.** Qualora venga successivamente dimostrato che le cure ricevute fossero inderogabilmente necessarie dal punto di vista medico, verrà rimborsato l'**80%** del costo del trattamento coperto dal programma.
- c. Se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta in riferimento a una prestazione contrassegnata dalla nota 2 nell'Elenco delle prestazioni, **la compagnia assicurativa si riserva il diritto di respingerne la Richiesta di rimborso relativa.** Qualora venga successivamente dimostrato che le cure ricevute fossero inderogabilmente necessarie dal punto di vista medico, verrà rimborsato l'**50%** del costo del trattamento coperto dal programma.

11. Reclami: l'Helpline di Allianz Worldwide Care (+353 1 630 1305) è sempre il primo punto di contatto a cui rivolgersi in caso di problemi o reclami. Qualora non si potesse risolvere telefonicamente il problema dell'assicurato, questi può inviare un'e-mail o una lettera ai seguenti recapiti:

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com
Indirizzo: Ufficio per la tutela del cliente (Customer Advocacy Team),
Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.

La compagnia assicurativa gestirà i reclami in base alla propria procedura interna per la gestione dei reclami, specificata alla seguente pagina: www.allianzworldwidecare.com/it/complaints. È inoltre possibile contattare l'Helpline per richiedere una copia della procedura.

Se non siamo riusciti a risolvere la questione con sua soddisfazione e se desidera prendere ulteriori provvedimenti, può inoltrare il suo reclamo allo Stiftung Ombudsman der Privatversicherung und der SUVA / Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva.

Indirizzo: Postfach 2646, 8022 Zurigo

Tenga presente che ciò non pregiudica i suoi diritti legali secondo la legge svizzera o il suo diritto di presentare la questione di fronte ad un tribunale svizzero.

12. Corrispondenza: la corrispondenza scritta deve essere inviata alla compagnia assicurativa tramite e-mail o posta semplice, con affrancatura a carico del mittente. La compagnia assicurativa normalmente non restituisce i documenti originali al mittente, eccetto quando l'assicurato lo richiede al momento di inoltrarli.

Se desidera contattarci tramite posta la preghiamo di scriverci al seguente indirizzo:
AWP P&C S.A., Wallisellen branch (Switzerland), Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

13. Terzi: nessuno (ad eccezione delle persone nominate dal titolare della polizza) è autorizzato ad apportare o confermare modifiche alla polizza per conto dell'assicurato, né a decidere di non rispettare i diritti della compagnia assicurativa. Nessuna modifica apportata alla copertura sarà valida se non confermata per iscritto.

14. Cambio di indirizzo o di indirizzo e-mail: la corrispondenza viene inviata all'ultimo indirizzo dell'assicurato che la compagnia assicurativa ha registrato nel proprio sistema. Qualsiasi variazione di indirizzo (casa, ufficio o e-mail) deve esserci comunicata al più presto possibile per iscritto.

15. Contattare i familiari a carico: per poter amministrare la polizza, in determinate occasioni potremmo avere bisogno di richiedere all'assicurato informazioni ulteriori a quelle già fornite. Se la compagnia assicurativa ha bisogno di informazioni in merito ad uno dei familiari a carico (ad esempio, nei casi in cui sono necessarie ulteriori informazioni per evadere una richiesta di rimborso), il titolare della polizza viene contattato come rappresentante del familiare in questione per fornire le informazioni richieste. Allo stesso modo, tutte le informazioni relative ad ognuna delle persone coperte dalla polizza assicurativa o necessarie per evadere le richieste di rimborso verranno inviate direttamente al titolare della polizza.

16. Inclusione di familiari a carico

- a. Per richiedere l'inclusione nella propria copertura di un familiare a carico è necessario compilare un modulo di Richiesta di sottoscrizione.
- b. I neonati verranno inclusi nella copertura dal giorno della loro nascita senza necessità di presentare una dichiarazione sul loro stato di salute (eccezion fatta per i neonati frutto di parti gemellari e per i bambini adottati o in affidamento), a condizione che la compagnia assicurativa ne riceva richiesta entro le prime quattro settimane dopo il parto, e a condizione che uno dei due genitori biologici (o uno dei due genitori committenti, in caso di maternità surrogata) risulti assicurato da una nostra polizza per un periodo continuo di almeno sei mesi. Per richiedere l'inclusione di un neonato nella sua polizza, deve inviare

una richiesta scritta, assieme ad una copia del certificato di nascita, all'Ufficio valutazione dello stato di salute al seguente indirizzo e-mail:
underwriting@allianzworldwidecare.com

- c. Se la notifica della nascita del bambino viene inoltrata oltre le quattro settimane dalla nascita, sarà necessario presentare una dichiarazione sulla salute del neonato e questi verrà incluso nella copertura a partire dalla data di accettazione. Tutti i neonati frutto di parto gemellare ed i bambini adottati o in affidamento sono soggetti a valutazione dello stato di salute.
- d. Una volta accettata l'inclusione del bambino nella copertura, la compagnia assicurativa rilascia all'assicurato una Polizza di assicurazione aggiornata, in cui si riflette l'inclusione del bambino: la Polizza di assicurazione aggiornata sostituisce ogni versione precedente dello stesso documento in possesso dell'assicurato.

17. Cambio del titolare della polizza: se al momento del rinnovo viene richiesto un cambio del titolare della polizza, il sostituto dovrà compilare un modulo di Richiesta di sottoscrizione e sottoporsi a valutazione completa dello stato di salute (la preghiamo di fare riferimento al Paragrafo 8 "Ciclo di vita della sua polizza" se il cambio richiesto è dovuto al decesso del titolare della polizza).

18. Forza maggiore: non saremo responsabili per qualsiasi fallimento o ritardo nell'adempimento ai nostri obblighi contrattuali ai sensi di questa polizza assicurativa causati o derivanti dai seguenti avvenimenti imprevedibili, fortuiti o inevitabili: avverse condizioni atmosferiche, inondazioni, slavine, terremoti, nubifragi, tempeste elettriche, incendi, subsidenze, epidemie, atti terroristici, ostilità militari (a prescindere dal fatto che la guerra sia stata o meno dichiarata), rivolte, esplosioni, scioperi o alterazioni dell'ordine dell'attività lavorativa, alterazioni dell'ordine civile, sabotaggi, espropriazioni da parte di attività governative.

19. Responsabilità della compagnia assicurativa: la responsabilità della compagnia assicurativa nei confronti dell'assicurato si limita alla copertura dei costi per le prestazioni indicate nell'Elenco delle prestazioni e negli altri documenti di polizza. In nessun caso l'importo rimborsato complessivamente dalla compagnia assicurativa, dal programma sanitario pubblico e/o da altre assicurazioni, potrà superare l'importo totale della fattura.

20. Sussidiarietà e prestazioni fornite da parti terze

- a. Adempiamo ai nostri obblighi e forniamo le prestazioni assicurative a seguito del rimborso delle prestazioni da parte degli assicuratori sociali o di altri assicuratori privati o di altri soggetti responsabili. Se anche altri assicuratori privati sono tenuti a fornire prestazioni a seguito del rimborso da altre parti coinvolte, erogheremo le prestazioni in base all'importo da noi assicurato in proporzione all'importo totale della prestazione assicurata (da tutti gli assicuratori responsabili). Se un assicuratore sociale è per legge

tenuto alla compensazione e abbiamo fornito la copertura assicurativa iniziale, abbiamo il diritto di ottenere un rimborso da parte dell'assicurato o dell'assicuratore sociale.

- b. Se i terzi responsabili hanno l'obbligo di fornire prestazioni per le conseguenze di una malattia o di un incidente, possiamo solo garantire di fornire le nostre prestazioni come anticipi e a condizione che l'assicurato trasferisca a noi il proprio diritto di chiedere il rimborso ai terzi responsabili fino all'ammontare anticipato da noi. Se l'assicurato prende qualsiasi accordo con terzi responsabili, in cui, in parte o totalmente, rinuncia alle proprie richieste di rimborso per prestazioni o compensazioni assicurative, senza il nostro consenso, il suo diritto a prestazioni da parte nostra diventa nullo.

21. Frode e omissione di informazioni

- a. L'incorretta o mancata dichiarazione di fatti materiali, da parte sua o dei suoi familiari a carico, che influenzino la nostra valutazione del rischio assicurativo e che dovrebbero essere inseriti nel relativo modulo di Richiesta di sottoscrizione, potrebbe causare la cancellazione del contratto assicurativo. Le scriveremo per informarla della cancellazione della sua polizza entro quattro settimane dalla data di scoperta della non divulgazione (articolo 6 LCA).
- b. Se il contratto viene annullato a causa di un'informazione errata o di non divulgazione di fatti materiali (in conformità all'articolo 6 LCA), il premio verrà rimborsato.
- c. La compagnia non rimborserà le spese mediche all'assicurato qualora la richiesta di rimborso risulti falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata, o nel caso in cui l'assicurato e/o i suoi familiari a carico o ancora terzi che agiscono a loro nome adottino mezzi illeciti o fraudolenti al fine di ottenere vantaggi dalla polizza.
- d. In caso di richieste di rimborso fraudolente il suo Contratto assicurativo verrà annullato per iscritto a partire dalla data della scoperta da parte nostra dell'evento fraudolento e l'importo di eventuali richieste di rimborso fraudolente può essere recuperato dalla compagnia assicurativa (articolo 40 LCA).



Guida rapida

Può separare questo capitolo dal resto della Guida alle prestazioni per polizze individuali per avere le informazioni più importanti sull'uso pratico della polizza sempre a portata di mano. La copertura è soggetta alle definizioni, alle esclusioni e ai massimali descritti nella Guida alle prestazioni.

Allianz 

Come accedere all'assistenza sanitaria

Cure all'interno della Svizzera

Se ha bisogno di ottenere preapprovazione per le cure in ospedale, chiedere informazioni sul pagamento delle richieste di rimborso o richiedere assistenza per i trattamenti all'interno della Svizzera, contatti il suo assicuratore locale (i contatti sono disponibili alla fine di questa guida).

Cure al di fuori della Svizzera

La prima cosa da fare è accertarsi che il proprio programma assicurativo copra la prestazione medica di cui si ha bisogno. I trattamenti coperti dalla sua polizza sono elencati nell'Elenco delle prestazioni. In caso di dubbi, può chiamare l'Helpline.

Importante: alcune prestazioni sono soggette a preautorizzazione.

Le prestazioni che seguono sono soggette a preautorizzazione, per cui l'assicurato deve inoltrare una Richiesta di garanzia di pagamento alla compagnia assicurativa prima di sottoporsi al trattamento:

- tutte le prestazioni in regime di ricovero;
- trattamenti in day-hospital;
- spese per un accompagnatore in caso di rimpatrio o evacuazione di un assicurato;
- dialisi renale;
- trattamento a lungo termine;
- evacuazione medica (o rimpatrio sanitario, se coperto dalla polizza);
- risonanza magnetica (la preautorizzazione è necessaria solo se si preferisce che la compagnia assicurativa paghi le spese direttamente all'ospedale);
- assistenza sanitaria domiciliare o in convalescenziario;
- terapia occupazionale (la preautorizzazione è richiesta solo in caso di terapia fuori ricovero);
- oncologia (la preautorizzazione è richiesta solo in caso di trattamenti in ricovero o in day-hospital);
- chirurgia preventiva;
- chirurgia ambulatoriale;
- trattamento palliativo;
- PET (tomografia a emissione di positroni) e TAC-PET;
- trattamenti di riabilitazione;
- rimpatrio della salma;
- maternità, complicanze della gravidanza e complicanze del parto (la preautorizzazione è richiesta solo in regime di ricovero);
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di evacuazione (o rimpatrio, se incluso nel programma);
- spese di viaggio dei familiari assicurati in caso di rimpatrio di salma.

L'invio della Richiesta di garanzia di pagamento permette alla compagnia assicurativa di valutare il caso medico rapidamente e di organizzare il pagamento diretto delle spese all'ospedale. Se la Garanzia di pagamento non viene ottenuta per una prestazione per la quale è richiesta, la compagnia assicurativa potrebbe declinare il rimborso delle spese mediche relative. Maggiori informazioni sono disponibili a pagina 27 di questa Guida.

Evacuazioni mediche e rimpatri sanitari

Al primo segno che un'evacuazione medica o un rimpatrio sanitario siano necessari, contatti immediatamente la nostra Helpline disponibile 24 ore su 24 (può trovare i recapiti sul dorso della presente sezione staccabile) e ci occuperemo di tutto il processo. I recapiti si trovano sul dorso di questa guida. Trattandosi di un'emergenza, le consigliamo vivamente di telefonare. In alternativa, può inviarcì un'e-mail: medical.services@allianzworldwidecare.com. Se preferisce inviare un'e-mail, per favore includa la seguente frase nella barra dell'oggetto: "Urgente - Evacuazione / Rimpatrio". Deve contattarci prima di rivolgersi ad altri operatori di servizi di trasporto medico, per evitare fatture potenzialmente gonfiate e ritardi non necessari nel processo di evacuazione / rimpatrio. Se il processo di evacuazione / rimpatrio non è organizzato da noi, la compagnia assicurativa si riserva il diritto di declinare il rimborso di tutte le spese sostenute.

Ottenere trattamenti in regime di ricovero

1. Scarichi la Richiesta di garanzia di pagamento dal sito web:
www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati/
2. Ci invii la richiesta compilata almeno **cinque giorni prima dell'inizio del trattamento**, tramite:
 - scansione ed e-mail: medical.services@allianzworldwidecare.com
 - fax: + 353 1 653 1780 o per posta all'indirizzo riportato sul modulo.
 - La Richiesta di garanzia di pagamento può essere compilata tramite telefono chiamando l'Helpline, nei casi in cui l'inizio del trattamento è previsto in meno di 72 ore.

In caso di emergenza:

1. si sottoponga al trattamento d'emergenza di cui ha immediato bisogno e chiami l'Helpline in caso di domande sulla copertura;
2. informi l'Helpline del suo ricovero **entro 48 ore** dal verificarsi dell'emergenza. La notifica può essere effettuata da Lei stesso, dal suo medico o da un familiare. A quel punto, le informazioni per compilare la Richiesta di garanzia di pagamento possono essere dettate per telefono al personale dell'Helpline.



Come ottenere trattamenti fuori ricovero e cure odontoiatriche

In caso di visite mediche, dentistiche e in caso di trattamenti fuori ricovero in generale, deve pagare le spese direttamente al medico e poi richiederne il rimborso alla compagnia assicurativa.

Per richiedere il rimborso, scarichi un modulo di Richiesta di rimborso dal sito web:

www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati, e poi segua i passi riportati di seguito:

1. richiedi al suo medico una fattura in cui si indicano il nome del paziente, la data del trattamento, la diagnosi o la patologia trattata, la data di manifestazione dei sintomi, la natura del trattamento ed il costo fatturato;
2. completi le sezioni da 1 a 4 e la sezione 7 del modulo di Richiesta di rimborso. Le sezioni 5 e 6 devono essere completate dal medico / dentista se la fattura rilasciata non indica tutti i dati richiesti al punto 1;
3. invii il modulo di Richiesta di rimborso e la documentazione di supporto (fatture, ricevute, etc.) tramite:
 - scansione ed e-mail all'indirizzo: **claims@allianzworldwidecare.com**
 - fax al numero: + 353 1 645 4033 o per posta all'indirizzo riportato sul modulo stesso.

Se la diagnosi non viene indicata, la compagnia assicurativa dovrà contattare il medico dell'assicurato o l'assicurato stesso per ottenerla e completare la valutazione del caso: ciò provoca ritardi nell'evasione della richiesta di rimborso.

Se la richiesta di rimborso che inoltra è completa di tutte le informazioni necessarie, la compagnia assicurativa evaderà la sua pratica e pagherà il suo rimborso entro 48 ore dalla ricezione. Le sarà inviata un'e-mail automatica o una lettera per informarla che la sua pratica è stata evasa.

Ulteriori importanti informazioni sul processo di rimborso si trovano nel Paragrafo "Processo di rimborso" alle pagine 25-27 di questa Guida.

Trattamenti negli Stati Uniti

Se la sua area geografica di copertura è "Mondo intero" e desidera trovare un medico o una struttura sanitaria negli Stati Uniti, acceda alla pagina web: **www.allianzworldwidecare.com/olympus**. In caso di domande in merito alla scelta di una struttura sanitaria per un trattamento o qualora volesse fissare un appuntamento con un medico, chiami il numero (+1) 800 541 1983 (gratuito per le chiamate dagli Stati Uniti). Può inoltre ottenere una tessera sconto da utilizzare nelle farmacie per i casi in cui i medicinali prescritti dal suo medico non siano coperti dalla polizza. Per richiedere la tessera sconto per spese di farmacia, visiti il sito **members.omhc.com/awc/prescriptions.html** e clicchi sull'icona "Print Discount Card".

Servizi utili

Può accedere ai nostri servizi per gli assicurati accessibili tramite internet alla seguente pagina web: www.allianzworldwidecare.com/it/risorse/view/risorse-per-gli-assicurati

Si possono, ad esempio, scaricare moduli e documenti, si può accedere alle risorse per la salute e il benessere e al motore di ricerca di medici e ospedali. La preghiamo di notare che non è obbligatorio ricorrere ai medici ed agli ospedali indicati sul sito web della compagnia assicurativa.



Recapiti

KPT (per informazioni ed assistenza per i trattamenti all'interno della Svizzera):

Telefono: + 41 (0)58 310 98 25
E-mail: awc.member@kpt.ch
Fax: + 41 (0)58 310 88 25

Indirizzo: KPT/CPT, Team International 2, Postfach,
CH-3001 Berna.

Allianz Worldwide Care (per informazioni ed assistenza per i trattamenti al di fuori della Svizzera, le evacuazioni mediche ed i rimpatri sanitari):

Helpline (disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7): + 353 1 630 1305
E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com
Fax: + 353 1 630 1306

www.allianz-assistance.ch/individual-family-healthcare

Indirizzo: Allianz Worldwide Care,
15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublino 12, Irlanda

Le chiamate all'Helpline vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini di formazione del personale e di controllo qualità e a fini regolamentari. Solamente il titolare della polizza (o una persona da lui autorizzata) può richiedere cambi nella polizza. Per questa ragione, alle persone che chiamano l'Helpline per richiedere un cambio vengono poste delle domande di sicurezza per verificare la loro identità.

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento "Suisse Individual Benefit Guide – January 2018" in lingua tedesca. Il testo in tedesco è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in tedesco, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

La compagnia assicurativa che sottoscrive la sua assicurazione LCA è AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), la succursale svizzera di AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Francia, una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 519 490 080 RCS Parigi. La succursale svizzera è registrata a Zurigo con il numero: CHE-115.393.016, all'indirizzo: Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Berna 22, registrata presso l'UFSP con il numero: 376. KPT è l'amministratore dei servizi di polizza all'interno della Svizzera.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. AWP Health & Life SA è la compagnia riassicurativa delle polizze LCA e l'amministratore dei servizi di polizza e del supporto tecnico al di fuori della Svizzera. Allianz Worldwide Care è una ragione sociale registrata di AWP Health & Life SA.